

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE 95^{N°}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

GUILBAULT (Julien)

Né le 6 Avril 1898, à Plouha (Côtes-du-Nord)

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

L'ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE

DE L'ESTOMAC

Président : Professeur LEGUEU

ANGERS

IMPRIMERIE CENTRALE

15, RUE DE LA ROE, 15

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

GUILBAULT (Julien)

Né le 6 Avril 1898, à Plouha (Côtes du Nord)

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

L'ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE
DE L'ESTOMAC

Président : Professeur LEGUEU

===== ANGERS =====

IMPRIMERIE CENTRALE

15, RUE DE LA ROE, 15

===== 1925 =====

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen		M. ROGER.
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNEO.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		ANDRÉ BROCA.
Chimie organique et chimie générale		DESGREZ.
Bactériologie		BEZANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		MARCEL LABBÉ.
Pathologie médicale		SICARD.
Pathologie chirurgicale		LECENE.
Anatomie pathologique		LETULLE.
Histologie		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale		RICHAUD.
Thérapeutique		CARNOT.
Hygiène		Léon BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale		ACHARD.
		CHAUFFARD.
		GILBERT.
		WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance		MARFAN.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		TEISSIER.
		DELBET.
		HARTMANN.
		LEJARS.
		GOSSET.
Clinique chirurgicale		
Clinique ophtalmologique		LEGUEU.
Clinique urologique		COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements		BRINDEAU.
		JEANNIN.
		J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique		SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale		DUVAL.
Clinique propédeutique		SERGENT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	CLERC	LARDENNOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DEBRE	LE LORIER	RIBIERRE
AUBERTIN	I. DE JONG	LEMAITRE	RICHER Fils
BASSET	DUVOIR	LEMIERRE	ROUVIERE
BAUDOUIN	CALLE	LEVY-SOLAL	TANON
BINET	FIESSINGER	LHERMITTE	TIFFENEAU
BLANCHETIERE	FOIX	LIAN	VAUDESCAL
BRANCA	GARNIER	MATHIEU	VERNE
BRULE	HARVIER	METZGER	VILLARET
BUSQUET	HEITZ-BOYER	MOCQUOT	WELTER
CADENAT	HOVELACQUE	MONDOR	
CHAMPY	JOYEUX	MOURE	
CHIRAY	LABBE (Henri)	MULON	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

« Hommage de piété filiale »

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES
DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. THOUVENIN

*« En reconnaissance de son enseignement
et de ses bienveillants conseils »*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEGUEU
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Officier de la Légion d'Honneur

*« Pour l'honneur qu'il nous a fait
d'accepter la présidence de cette thèse ».*

Contribution à l'Étude Clinique et Thérapeutique

DE

L'ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE DE L'ESTOMAC

HISTORIQUE

La notion d'ulcère de la petite courbure de l'estomac est d'acquisition toute récente.

Dès 1695, GRARIUS décrit bien « un ulcère avec perforation de l'estomac »; LITRE, de son côté, en 1704, parle d'une maladie analogue; plus près de nous, dans la première moitié du XIX^e siècle, en 1835, CRUVEILHER découvre véritablement « l'ulcère rond » et nous en donne une étude anatomo-pathologique magistrale; mais tout se borne à la notion d'ulcère d'estomac, nul essai de localisation de cet ulcère. On parle d'ulcus, on en classe les symptômes et on croit pouvoir décrire les signes de l'ulcus en général.

Peu à peu devant la variabilité même des symptômes cliniques observés, on essaie de préciser davantage le siège de l'ulcère, de le localiser. C'est ainsi que l'ulcus pylorique, ulcus orificiel à la symptomatologie plus nette et plus évidente est le premier individualisé. Quant à l'ulcus de la petite courbure, qu'on décrit alors comme ulcus des faces, il est encore très mal connu, ignoré la plupart du temps. Recherchant catégoriquement la douleur, les vomissements, les hématomèses, comme signes cardinaux indispensables de tout ulcère, on en méconnaît le grand nombre; on parle de dyspepsie douloureuse, de syndrome de REICHMAN, de

dyspepsie banale mais non d'ulcère. En ces vingt dernières années la fréquence des examens radiologiques et des interventions chirurgicales pratiquées dans ces diverses gastralgies, véritables entités morbides d'alors, modifient profondément la pathologie stomacale; on voit la grande fréquence de l'ulcère de la petite courbure et c'est le mérite des travaux d'Albert MATHIEU, de LOEPER et de SCHULMANN, d'avoir fait connaître la symptomatologie propre de ces ulcères. Le syndrome « ulcère de la petite courbure » est dès lors connu, décrit et bien individualisé.

Son étude est poursuivie avec ardeur, la radioscopie venant au secours de la clinique, on en arrive à des données précises. D'importants travaux sont consacrés à cette question, notamment les rapports de P. DUVAL et de DELAGENIÈRE au 29^e Congrès de Chirurgie, en 1920.

Depuis, le nombre des cas publiés devient de plus en plus grand et la symptomatologie commence à être bien connue, ainsi que l'efficacité du traitement chirurgical, lequel tend de plus en plus à se substituer au traitement médical exclusif.

Guidé par les conseils de notre Maître, M. le Docteur THOUVENIN, qui a bien voulu mettre à notre disposition ses observations personnelles en nous faisant part des réflexions qu'elles lui avaient suggérées, nous avons accompli ce travail qui n'a d'autre objet que d'apporter quelques observations nouvelles et d'essayer à leur propos de mettre en lumière en même temps que la facilité du diagnostic, la simplicité et la bénignité du traitement.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est fort probable que l'ulcus de la petite courbure ne se manifeste pas d'une façon évidente dès son apparition. Le malade est un dyspeptique aux troubles vagues traduisant l'hyperchlorhydrie causale. Mais si le début clinique de l'ulcère de la petite courbure n'est pas élucidé; par la suite cet ulcère se présente à nous sous quatre formes cliniques diverses répondant à quatre étapes successives de l'évolution anatomique de l'ulcère:

- 1° Ulcère au début limité à la paroi gastrique;
- 2° Ulcus calleux avec périgastrite;
- 3° Ulcus avec sténose organo spasmodique;
(Obstruction intermittente);
- 4° Ulcus avec sténose gastrique organique (estomac biloculaire).

PREMIÈRE FORME

L'ulcus n'intéresse alors que la paroi gastrique.

Cette forme est la moins connue. De la triade symptomatique ou classique de l'ulcus bien connue depuis GRAVEILHIER:

Douleur,

Vomissements,

Hémorragies (Hématémèse surtout), il n'existe qu'un seul signe constant: les *douleurs*.

Les *vomissements* s'observent bien d'une façon assez fréquente; les statistiques nous les font voir dans près de la moitié des cas, mais pour avoir une valeur diagnostique, ces vomissements doivent être précoces (1/2 heure à 3/4 d'heure après le repas), intermittents et périodiques comme la douleur qu'ils calment immédiatement. En temps que

troubles répétés, continus, ils indiquent plutôt un spasme orificiel et sont plutôt des symptômes de localisation.

Les *Hématémèses*, tout au moins la vieille hématomèse rutilante classique de l'ulcère rond de CRUVEILHIER est relatée rare. C'est presque une complication et à moins qu'elle ne constitue la première manifestation d'un ulcus jusqu'ici cliniquement latent, elle n'indique nullement la localisation à la petite courbure de cet ulcus. On ne la note dans aucune de nos observations personnelles.

Seule subsiste donc la *douleur* avec ses caractères bien spéciaux :

De siège,
D'irradiation,
De moment,
D'intensité,
Et de calmant,

caractères qui font de la douleur le signe pathognomonique de l'ulcère de la petite courbure. C'est elle qui doit faire porter ce diagnostic, la radioscopie ne doit faire que le confirmer en général, comme nous le voyons dans nos observations où le diagnostic est porté avant tout examen radiologique.

1^o *Son siège*. — La douleur est haut située, médiane, parfois rétroxiphoidienne, c'est ce qui différencie l'ulcus de la petite courbure des autres ulcères d'estomac à la douleur également épigastrique;

2^o *Ses irradiations*. — Elles sont très particulières et ne manquent chez aucun de nos malades; la douleur irradie le long du rebord costal gauche et parfois remonte en arrière du sternum;

3^o *Son moment*. — La douleur est essentiellement intermittente. Elle apparaît d'une façon précoce après les repas. Particulièrement tenace elle dure presque toute la digestion et va en s'atténuant peu à peu au fur et à mesure que l'estomac se vide. Puis le calme renaît jusqu'à la digestion suivante;

4^o *Son intensité*. — C'est là peut-être le caractère le plus

frappant de la douleur: son intensité est extrême. Le malade éprouve au moment de la digestion une douleur s'installant sournoisement jusqu'à devenir atroce. Elle l'absorbe tout entier; la comparant soit à des tiraillements, soit à des crampes, il y insiste près de son médecin. C'est le plus douloureux des ulcères digestifs;

5° *Ses calmants.* — Pour calmer sa douleur, le malade a généralement trouvé de lui-même une position spéciale un décubitus particulier, toujours le même chez le même individu, dans lequel il est quelque peu soulagé. Nous l'observons avec une netteté toute particulière dans notre observation IV. De même s'apercevant que les vomissements mettent un terme à sa violente douleur, il n'hésite pas à les provoquer.

Enfin l'absorption des alcalins, qui, d'une part neutralisent l'hypérioracidité gastrique et d'autre part, provoquent une distension gazeuse de l'estomac, provoque une atténuation de la douleur.

Cette douleur, signe capital de l'ulcère de la petite courbure, s'accompagne, souvent même est précédée par un *état dyspeptique* offrant ceci de particulier, qu'il est intermittent et procède par poussées séparées par des périodes d'accalmie plus ou moins longues. Autre notion importante: la jeunesse du sujet, nous l'observons chez tous nos malades, si bien que toute dyspepsie douloureuse chez un jeune, résistant à un traitement médical bien conduit, doit pratiquement être considéré comme un ulcère.

Symptômes accessoires

On a décrit beaucoup d'autres signes fonctionnels de cet ulcère de la petite courbure; tel la sialorrhée, l'aérophagie, les régurgitations, la dysphagie; mais ce sont là des symptômes très inconstants, ils indiquent plutôt la localisation de cet ulcère près du cardia (observation IV).

Le syndrome « dixième-paire » signalé par LOEPER et

SCHULMANN n'a pas beaucoup plus de valeur. La bradycardie, l'hypotension artérielle, l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, indiquent une irritation du pneumogastrique mais rien de plus, c'est donc un syndrome insuffisant sinon inutile.

Syndrome objectif

Dans cette première étape où l'ulcus est limité à la paroi gastrique, il se traduit à notre examen par un syndrome objectif comprenant :

a) Un point douloureux épigastrique très localisé, situé sur la ligne médiane ou un peu à gauche de celle-ci. Cette douleur très précise est d'une violence telle, que DELORT, dans sa thèse la compare à « une douleur de fracture » ; elle présente de plus une fixité remarquable, on la trouve toujours au même point dans les examens successifs, examens qui doivent de préférence être pratiqués entre les crises digestives, provoquant la douleur ou la localise mieux.

b) Second élément du syndrome objectif, l'hyperchlorhydrie est habituelle. C'est là un bon signe ; le tubage faisant encore ressortir le manque de stase, mais il n'est nullement indispensable, nous ne l'avons pas pratiqué chez nos différents malades.

c) La recherche répétée des melœnas occultes par le Weber ou le Meyer, offre une toute autre importance, positive d'une façon intermittente et surtout pendant les crises, c'est un excellent signe d'ulcère. Cette réaction tend-elle à devenir constamment positive qu'il faut craindre la dégénérescence cancéreuse.

d) Actuellement tous ces examens de laboratoire cèdent le pas à la radioscopie. A cette période l'ulcère se manifeste habituellement à nous par deux modifications principales, l'une portant sur la petite courbure et l'autre sur la grande.

Au niveau de la petite courbure c'est d'abord une douleur bien localisée en un point fixe, toujours le même, puis une

modification de la ligne, une modification de la souplesse, la partie sus-jacente à l'ulcère présente les sinuosités normales, mais la partie sous-jacente pylorique présente une rectitude anormale « rectitude segmentaire » selon l'expression de P. DUVAL et BECLERE, car elle ne s'étend qu'à une partie de la petite courbure et n'atteint pas toujours le pylore. Cette rectitude crée une angulation de la ligne, angle plus ou moins ouvert, dont le côté supérieur est souple, sinueux et l'inférieur rectiligne. C'est là un bon signe d'ulcère au début, pris isolément il n'a pas une valeur absolue, mais joint à l'incisure de la grande courbure, il permet de porter presque à coup sûr le diagnostic d'ulcère et de le localiser.

Sur le bord gauche de l'estomac, l'ulcère se manifeste en effet par un spasme localisé, visible sous forme d'une incisure, encoche ayant comme principaux caractères : d'être profonde, arrondie, fixe, temporaire généralement à ce stade de l'ulcère, elle peut être provoquée toujours à la même place par la palpation du point douloureux épigastrique. Elle est généralement située en face de l'ulcère.

Evolution

Elle se fait par poussées successives, c'est là le propre des ulcères extra-orificiels et cette intermittence semble plus nette ici encore que dans les ulcères duodénaux. Entre les crises tout s'amende, le malade se croit guéri et repousse l'intervention chirurgicale qu'un médecin averti lui propose. Bien plus, il néglige le traitement médical lui-même, hâtant ainsi l'apparition d'une nouvelle crise.

Affection essentiellement chronique mais à symptomatologie discontinue, c'est là un des grands caractères de l'ulcère de la petite courbure. Il ne manque jamais, nous le trouvons dans toutes nos observations où l'on constate des périodes d'accalmie absolue de durée plus ou moins longue, de plusieurs mois à quelques années.

Mais ce répit n'est qu'une pseudo-guérison, la plupart du temps, silencieusement l'ulcère continue à creuser dans

la paroi gastrique, manifestant de temps à autre sa présence par de nouvelles crises qui ont une tendance toute particulière à se rapprocher de plus en plus et la simple ulcération primitive se transforme peu à peu en ulcus calleux qui n'est qu'un stade plus avancé de son évolution anatomique.

II^e FORME. — ULCUS CALLEUX

A cette phase le péritoine réagit en général, il y a de la périgastrite; aussi tous les signes de la période précédente perdent-ils de leur netteté. Les crises douloureuses sont très rapprochées, les périodes d'accalmie très courtes.

La douleur elle-même n'est plus limitée à la période digestive mais seulement son maximum, le malade continuant à souffrir entre les repas. Les vomissements ne le calment qu'imparfaitement.

A l'examen le point douloureux épigastrique n'est plus précis tout l'épigastre est douloureux à la palpation, il y a contracture des grands droits de l'abdomen. D'autres points douloureux peuvent alors exister, points dorsaux qu'une pression profonde met parfois en évidence, point de Boas à l'angle inférieur de l'omoplate gauche, point vertébral de Seidl, situé entre la 7^e et la 12^e dorsale.

Contrairement aux signes cliniques qui deviennent plus imprécis au fur et à mesure de l'évolution, les signes radiologiques, eux, acquièrent une valeur considérable.

L'angulation de la petite courbure s'accroît, l'angle tendant à se fermer et à devenir droit, voir même aigu.

L'encoche de la grande courbure devient permanente tout en conservant ses autres caractères, arrondie, profonde, fixe de la période initiale.

Mais le signe vraiment caractéristique de cette période est l'apparition sur la petite courbure de la lésion elle-même, soit sous forme d'une tache opaque (signe d'HEUMETER), soit bien plus souvent sous forme d'une dépression très localisée du bord droit de l'estomac (signe de HAUDECK),

dépression plus ou moins profonde prenant parfois l'aspect diverticulaire.

Typique la « niche », de HAUDECK doit avoir une ombre bismuthée horizontale et une bulle d'air sus-jacente, elle désigne toujours selon l'expression de MATHIEU un « ulcère extériorisé » ulcère térébrant. Mais souvent la bulle d'air est absente comme c'est le cas chez un de nos malades (observation III) où le niveau du bismuth dans l'estomac est sus-jacent à la niche.

Caractère non moins important, c'est la fixité de cette niche, qui ne varie pas pendant le kilaïditi, et d'autre part sa grande permanence après l'évacuation gastrique, sous forme d'ombre suspendue (visible parfois 24 à 36 heures après l'ingestion du bismuth.)

Il convient donc de pratiquer des examens radiologiques répétés et éloignés de la prise de la baryte pour bien mettre en valeur ces diverses notions permettant d'éliminer aisément les pseudo-niches gastriques.

La niche de HAUDECK constatée, nul doute n'est permis, on est en présence d'un ulcère, ulcère avec pénétration du lobe gauche du foie ou de la paroi antérieure du pancréas. Mais ce signe lui-même est inconstant; dans deux observations d'ulcus calleux assez pénétrants nous ne l'avons pas observé; dans un cas, il est vrai, situé très haut près du cardia, en pleine poche à l'air, il était malaisé de le déceler.

Tels sont donc les principaux signes de l'ulcus calleux évoluant encore par poussées successives, de plus en plus rapprochées et exposant le malade aux graves complications d'hémorragie ou de perforation (observation V), son aboutissant naturel n'est donc pas la guérison, et si le malade échappe à ces complications, dans une troisième phase il présentera des symptômes nouveaux, l'ulcus s'accompagnera alors de sténose organo-spasmodique due à l'encoche très prononcée de la grande courbure et à l'envahissement au niveau de la petite des deux faces de l'estomac et la région péritonéale de voisinage par l'ulcère.

III^e FORME

STENOSE ORGANO SPASMODIQUE

Peu à peu le malade que les troubles dyspeptiques ont réduit à un état de maigreur avancé, se met à vomir au cours de ses crises. Ce ne sont plus alors les vomissements alimentaires peu abondants et précoces de la première période, au contraire, ils sont abondants, tardifs, on y découvre des aliments pris la veille; ils sont l'expression d'une stase à l'évacuation de l'estomac et reproduisent le tableau clinique d'une sténose pylorique; péristaltisme, dilatation stomacale, clapotage à jeun.

Ces vomissements sont essentiellement intermittents et sont dûs tout spécialement au spasme médio-gastrique; fait-on cesser ce spasme par un régime approprié, l'administration d'antispasmodique (belladone, atropine), qu'ils disparaissent aussitôt.

L'image radioscopique est celle d'un estomac biloculaire; la poche inférieure se remplit rapidement lors de l'absorption du bismuth et n'offre ni niveau propre de liquide, ni poche à air particulière.

Le défilé mettant en communication les deux poches stomacales, est plus ou moins resserré, en tous les cas, il est variable au cours d'examens successifs et disparaît sous l'influence de la belladone.

D'autre part la petite courbure paraît immobile et d'une fixité remarquable, contrastant avec la souplesse et la mobilisation aisée de la grande.

Ce n'est là encore qu'une phase transitoire; d'organo-spasmodique, l'obstruction devient peu à peu organique pure, définitive.

IV^e FORME

Etape finale de sténose médiogastrique vraie.

Plus de rémission, on a le syndrome d'obstruction continue avec tous ses signes fonctionnels (vomissements tardifs, répé-

tés, abondants), et physiques (stase, dilatation stomacale, clapotage à jeun, etc.), symptômes résistant à tout traitement antispasmodique.

Les rayons X font voir à cette période une énorme poche gastrique. On est en face d'une sténose serrée, fixe, permanente dont l'aboutissant ne peut être que la cachexie si l'on n'intervient pas chirurgicalement pour rétablir la perméabilité digestive.

FORMES COMPLIQUÉES

A côté de ces quatre formes cliniques habituelles de l'ulcère de la petite courbure, nous décrirons :

I. — L'ulcus hémorragique.

Dont le symptôme capital est l'hématémèse, hématémèse macroscopique rutilante, abondante au point de mettre la vie du malade en danger, soit d'une façon brutale, immédiate; soit par leur répétition même. Cette forme n'a rien qui doive nous surprendre si nous nous souvenons que la petite courbure est en quelque sorte le hile de l'estomac. Très vascularisée, à elle aboutissent les vaisseaux afférents, d'elle émanent les vaisseaux efférents de cet organe, et l'on connaît toute l'importance de ces vaisseaux, la paroi gastrique devenant turgescence pendant la période digestive.

L'hémorragie peut se produire à toutes les périodes de l'ulcère, c'en est parfois le premier symptôme clinique « hématémèse signal ».

Cette forme hémorragique réputée fréquente, il y a seulement une dizaine d'années, nous apparaît assez rare aujourd'hui qu'on sait mieux dépister les ulcères dans leurs périodes de début.

Les hématémèses n'en sont pas moins fréquentes dans les ulcères de la petite courbure, mais ce sont habituelle-

ment des hématomés occultes, demandant à être recherchées, hématomés symptômes et non complications de l'ulcère.

II. — Ulcéro-cancer.

Plus fréquente est cette complication. On doit toujours la redouter en présence d'un vieil ulcère calleux chez une personne âgée et c'est cette crainte qui doit guider le chirurgien dans le choix de son intervention. Le professeur HAYEM estime, en effet, que 22 0/0 des ulcus calleux sont atteints de dégénérescence cancéreuse. DELAGENIÈRE arrive à un pourcentage voisin 20 0/0. On voit donc toute l'importance de cette complication, et notion non moins importante, M. BEAU-CHIEF a fait ressortir au 29^e Congrès de chirurgie, qu'au point de vue histologique, l'envahissement cancéreux des ulcères calleux était partiel, très limité, généralement une seule lèvre de l'ulcère en étant atteinte; on peut donc attendre de l'exérèse pratiquée dans ces cas une parfaite guérison.

III. — Ulcus à symptômes orificiels.

Au syndrome « ulcère de la petite courbure » s'ajoutent parfois, avons-nous vu, des symptômes accessoires; mais un caractère important de la forme typique de cet ulcère c'est précisément l'absence de troubles orificiels.

Il y a toutefois des exceptions et dans un certain nombre d'ulcères de la petite courbure, on constate des troubles soit pyloriques, soit cardiaques.

a) *Ulcus à symptômes pyloriques.* — Ce sont les plus fréquents, ils sont d'observation courante, et résultent généralement de la fréquente localisation de l'ulcère à la région prépylorique de la petite courbure, un des endroits du canal stomacal le plus exposé au passage et au frottement des aliments.

A la douleur précoce de l'ulcère, succède alors une douleur tardive, quatre à cinq heures après le repas, due au pylo-rospasme. On note un retard à l'évacuation gastrique et une hypersécrétion à jeun, tous signes plus ou moins marqués du syndrome pylorique.

b) *Ulcus à symptômes cardiaques.* — Ces ulcus sont beaucoup plus rares. Toutefois nous l'avons observé chez un de nos malades (observation IV) à ulcus de la petite courbure haut situé. Ce malade présentait un certain degré de spasme cardiaque marqué par une sialorrhée assez importante, un peu de dysphagie, des régurgitations et de l'aérophagie; mais tous ses troubles étaient peu accusés.

En résumé, on peut donc non seulement porter le diagnostic ulcus de la petite courbure, mais encore essayer d'en localiser la hauteur avec quelque précision.

Est-on en face d'un syndrome pur « ulcère de la petite courbure » on pensera, comme siège à la partie moyenne du bord droit de l'estomac.

Trouve-t-on quelques vagues troubles orificiels associés à ce syndrome? on pensera suivant les cas à une localisation haute près du cardia, c'est rare, bien plus souvent, un spasme pylorique éveillera l'idée d'une localisation basse juxta pylorique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'ulcère de la petite courbure ne se basera pas uniquement sur un signe négatif, absence de troubles orificiels ou une notion de fréquence, mais nous venons de le voir, sur des signes positifs; c'est essentiellement une affection chronique, douloureuse, paroxystique, intermittente. Il faudra donc la distinguer de toutes les affections abdominales hautes présentant ces mêmes caractères.

I. — Tout d'abord de la colite.

Ici la douleur est moins nettement paroxystique, parfois même constante: elle est moins localisée; son moment est variable ainsi que son intensité, qui n'atteint jamais celle de l'ulcus, son siège lui-même est inconstant et varie à chaque examen. Ce n'est plus la douleur haut située, fixe, avec irradiation gauche, précoce et limitée à la période digestive de l'ulcus.

II. — De la ptose gastrique.

On constate bien ici encore une douleur précoce après les repas, mais son intensité est faible; c'est une vague sensation de pesanteur, s'accompagnant de bouffées de chaleur, de somnolence, de céphalée, de digestion lente, de pyrosis.

Cette douleur est moins localisée que dans l'ulcus de la petite courbure; ici on n'a pas un point douloureux, c'est tout l'épigastre qui est sensible. Son évolution ne présente pas d'une façon aussi nette des crises séparées par des périodes d'accalmie absolue.

L'examen radiologique lui-même est tout autre et montre

un estomac étiré en sablier; explore-t-on la douleur qu'on la trouve localisée au plexus solaire et non sur la petite courbure.

III. — De la cholécystite.

Ce diagnostic est parfois malaisé, comme il ressort de cette observation communiquée par M. le Docteur THOUVENIN:

Il s'agit d'une femme jeune, présentant une dyspepsie douloureuse datant de plusieurs années, avec paroxysmes douloureux, intermittents, épigastriques, point dorsal très net, pas d'irradiation dans l'épaule droite, pas d'ictère (on pense à ulcère).

La Radioscopie ne montre rien d'anormal du côté de la vésicule, par contre une douleur très nette sur le bord droit de l'ombre gastrique.

A l'opération, on trouve une vésicule pleine de calculs, petite, dirigée horizontalement en dedans, et dont le fond est adhérent à la petite courbure. Rien à l'estomac.

Mais les cas de cette sorte sont rares, il est généralement possible de poser le diagnostic de la cholécystite. La douleur est plus basse, située plus à droite, elle survient bien généralement dans la période digestive, mais d'une façon plus tardive, son irradiation, est spéciale, dans l'épaule droite. Enfin l'ictère est habituel, plus ou moins prononcé.

VI. — De l'ulcère du cardia.

Ce diagnostic n'est à faire que lorsque l'ulcère siège haut sur la petite courbure, ce qui est une exception, et présente alors des symptômes cardiaques; mais ce n'est dans ce cas qu'une simple ébauche, nous l'avons déjà vu, du syndrome cardiaque: sialorrhée, dysphagie, régurgitations, aérophagie, surajoutée au syndrome « ulcère de la petite courbure » qui reste fondamental.

Le diagnostic est donc en général aisé, au besoin la radioscopie lèvera tous les doutes en montrant dans l'ulcère du cardia une poche œsophagienne, caractéristique du vrai cardiospasme.

V. — De l'ulcère juxtapylorique.

Ce dernier s'accompagne d'un syndrome décrit par REICHMANN, consistant dans des douleurs tardives calmées passagèrement par l'ingestion d'alcalins ou d'aliments et des vomissements abondants traduisant l'hypersécrétion gastrique et le spasme pylorique. On note parfois ce syndrome (observation personnelle) mais c'est alors seulement à titre épisodique.

Constant au cours de la crise, ce syndrome n'infirmes pas d'une manière absolue l'hypothèse de l'existence d'un ulcus de la petite courbure, mais on ne l'observe en général qu'en cas d'un ulcère de la petite courbure juxtapylorique, ou en cas de coexistence d'ulcère de la petite courbure avec une petite ulcération pylorique.

VI. — De l'ulcère vrai du duodénum.

Un grand symptôme négatif est commun aux deux localisations: l'absence de troubles pyloriques.

Le diagnostic clinique différentiel se fera d'après les caractères de la douleur. Dans l'ulcus duodénal:

- 1° Son siège est à droite;
 - 2° Elle irradie peu. Irradiation basse, simulant plutôt l'appendicite;
 - 3° Son intensité est beaucoup moins grande;
 - 4° Elle est plus tardive, quatre, cinq, six, sept heures après les repas;
 - 5° Elle est calmée par l'alimentation.
- L'examen attentif de la douleur suffit donc en général

pour porter le diagnostic; dans le doute on aura recours à la radioscopie.

Il ressort de tout ceci que :

Le diagnostic différentiel d'ulcus de la petite courbure est dans la grande majorité des cas possible sinon aisé; mais parfois le doute sera permis; c'est que l'ulcère de la petite courbure peut coexister avec d'autres affections abdominales chroniques, colites, ptoses... ou d'autres localisations de l'ulcus, mêmes effets d'une même cause mystérieuse et encore mal connue.

Le diagnostic d'ulcus de la petite courbure posé, on essayera de préciser :

- 1° L'âge de l'ulcus;
- 2° Sa hauteur approximative;
- 3° Ses adhérences;
- 4° Sa pénétration.

pour cela on se basera sur l'ancienneté des troubles, leur tenacité, leur résistance au régime et au repos, la présence des points dorsaux, les symptômes associés, les images radioscopiques de l'estomac etc...;

5° On s'efforcera de préciser la nature de l'ulcus. On pensera toujours à la possibilité d'une lésion syphilitique et non content de faire un WASSERMANN, on instituera un traitement d'épreuve;

Certains syphiligraphes estiment que 80 0/0 des ulcères de la petite courbure sont ces gommes spécifiques ulcérées, c'est là une exagération manifeste, mais il faut avoir toujours à l'esprit cette étiologie qui a fait ses preuves;

6° En présence d'un ulcus de la petite courbure chez un sujet âgé surtout si l'on pense à un ulcus calleux, on doit se demander s'il n'est pas atteint de dégénérescence cancéreuse.

Trois cas peuvent s'observer :

PREMIER CAS. — Il s'agit d'un malade au passé net d'ulcus datant de plusieurs années, après une phase inter-

médiaire plus ou moins longue apparaît le syndrome gastro-cancéreux. Le diagnostic s'impose.

DEUXIÈME CAS. — La dégénérescence ne se traduit par aucun symptôme clinique, l'appétit notamment est conservé et l'hyperchlorhydrie persiste.

Aucun symptôme également anatomo-macroscopique, l'ulcère a l'aspect habituel d'un ulcus calleux, pas de ganglion, seul alors l'examen histologique attentif fait sur une série de coupes, permet d'affirmer la dégénérescence cancéreuse d'un ulcère à évolution apparemment normale, classique. (Observation II).

TROISIÈME CAS. — C'est le plus ordinaire.

La cancérisation se fait progressivement en pleine évolution de l'ulcère.

Au syndrome ulcéreux s'ajoute quelques petits signes anormaux, tels: la diminution de l'appétit, la continuité des troubles, l'inaction du traitement, le moelena continu.

Leur présence doit faire songer à la dégénérescence cancéreuse et commande dès lors une intervention immédiate avec exérèse aussi large que possible.

TRAITEMENT

L'ulcère de la petite courbure, affection essentiellement chronique n'a aucune tendance à guérir spontanément et comme d'autre part, elle met le malade sous la perpétuelle menace de complications graves (hémorragies, perforation, dégénérescence cancéreuse), ou d'évolution fatale, il convient de ne pas abandonner à eux-mêmes ces malades, de les traiter, soit médicalement, soit chirurgicalement suivant les cas.

I. — Traitement médical.

Les ulcus de la petite courbure au début doivent être traités médicalement. Le pourcentage des guérisons ainsi obtenues est élevé; on parle de guérison dans un tiers des cas, ce chiffre, toutefois, nous paraît exagéré; une longue accalmie étant souvent prise pour une guérison définitive.

Le traitement médical devra du reste toujours garder une place importante aux phases ultérieures du mal, quel que soit le traitement chirurgical que par ailleurs on pourra lui opposer. Un ulcère gastrique, en effet, quel que soit son siège n'est pas une lésion localisée en un point, telle une plaie traumatique, c'est une maladie de tout l'estomac. Cette notion ne doit pas être perdue. Elle est basée:

Sur la clinique;

Sur la pathogénie;

Sur les examens anatomiques.

HARTMANN et LECENE (*Annales internationales de Chirurgie gastro-intestinale*, juin 1914), examinant systématiquement la muqueuse de tous les malades gastro-entérostomisés pour ulcère, trouvent chez tous des lésions de gas-

trite diffuse (multiplication des cellules, infiltration embryonnaires, abondance anormale de tissu lymphoïde).

C'est donc tout l'estomac qu'il faut traiter. C'est la viciation de la sécrétion qu'il faut corriger et, on n'y parviendra pas en se contentant de supprimer la lésion ulcéreuse laquelle n'est que l'aboutissant d'un état gastrique anormal, si on ne corrige pas cet état, l'ulcère risque fort de se reproduire soit sur la cicatrice d'exérèse, soit sur un autre point de l'estomac ou du duodénum où déjà couvent peut-être les lésions anatomiques prémonitoires de l'ulcus constitué. Ce n'est pas parce qu'il y a un ulcus que l'estomac est malade, c'est parce que l'estomac est malade qu'il y a un ulcus. C'est pourquoi un traitement qui ne s'adresse qu'à l'ulcus et qui semble au premier abord radical parce qu'il le supprime nous paraît à priori insuffisant. Pour être radical vraiment, c'est tout l'estomac qu'il faudrait enlever.

Un traitement médical bien compris, bien observé peut à moins de frais, supprimer radicalement le mal au début. Ce traitement est assez simple et bien connu. C'est surtout le régime lacté exclusif pendant un mois, le repos, les alcalins et les antispasmodiques. Puis on en vient au régime léger sans viande et sans pain durant des mois, enfin on essaie progressivement l'alimentation normale. Ayant toujours présent à l'esprit la possibilité d'une syphilis, on instituera un traitement antispécifique d'épreuve, quel que soit le résultat du WASSERMANN.

Grâce à ce traitement médical on arrivera souvent:

A corriger le trouble fonctionnel (hyperchlorhydrie);

A supprimer le spasme qui l'entretient;

A supprimer la lésion anatomique glandulaire et multiple;

Et finalement à obtenir la cicatrisation de l'ulcère encore limité à la muqueuse.

Dans les phases plus avancées de l'ulcère, le traitement médical exclusif perd de ses droits; il faut avoir recours au traitement chirurgical, auquel on associera toujours le traitement médical qui en sera le complément nécessaire.

II. — Traitement chirurgical.

La phase chirurgicale de l'ulcus est de date récente puisqu'elle ne remonte qu'à 1879, époque où PÉAN pratiqua la première pylorectomie. Depuis les interventions se sont multipliées et diverses opérations sont conseillées pour traiter cet ulcus. Ces diverses méthodes que nous allons brièvement passer en revue ne sont pas rivales, elles ont chacune leurs indications propres.

I. — La Gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie traitement radical parfois en donnant une guérison définitive, n'est habituellement qu'un simple palliatif; fréquence des récidives, spécialement de la douleur.

C'est un complément du traitement médical dont elle est en quelque sorte la plus haute expression. Comme lui, elle n'agit qu'indirectement sur l'ulcère, son efficacité provient de ce qu'elle met l'estomac au repos.

1^o En favorisant l'évacuation rapide et large de la cavité gastrique;

2^o En s'opposant à toute stase de liquide hyperacide secrété en dehors des périodes digestives;

3^o En permettant le reflux dans l'antra hypersécréteur à travers la bouche alors constamment béante, des sucs alcalins duodénaux.

Mais il faut que la gastro-entérostomie soit bien faite, large au point déclive, avec un minimum de traumatisme, et doit-elle être réservée:

1^o Aux ulcus haut situés (observation personnelle IV);

2^o Aux ulcus trop adhérents;

3^o Aux sujets cachectiques.

C'est alors le premier temps de l'intervention radicale.

II. — La Thermocautérisation. - Balfour.

Cette opération consiste, la petite courbure découverte, le foie relevé, la zone répondant à l'ulcère bien délimitée

par la vue et par le palper à thermocautériser largement de dehors en dedans, toute l'épaisseur de la petite courbure ulcérée jusqu'aux limites de l'ulcus, c'est-à-dire jusqu'en tissu sain.

On enfouit ensuite la région cautérisée sous une triple suture. Enfin pour assurer l'étanchéité de celle-ci, on abaisse sur elle le petit épiploon, ou bien on ramène au devant d'elle le grand épiploon mobilisé par décollement coloépiploïque et on le suture à la ligne de réunion gastrique.

On pratique donc une véritable excision au thermocautère.

De la sorte on obtient des guérisons définitives et de bonne qualité, le fonctionnement gastrique n'est nullement modifié; guérison prouvée par les autopsies tardives et les examens radiologiques

Mais la méthode ne saurait s'appliquer qu'à des ulcères:

1° Peu adhérents;

2° Peu étendus, ne dépassant guère le diamètre d'une pièce de cinquante centimes;

3° Aux bords non indurés. Car sur des tissus infiltrés et malades les sutures ne tiendraient pas.

Quand on a affaire à un vieil ulcus, la zone d'infiltration (infection, congestion, thrombose) dépasse de beaucoup la région de l'ulcère proprement dite, et toute suture dans cette zone risque fort de lâcher.

Il est bon de compléter l'intervention par une gastro-entérostomie qui favorise la cautérisation de l'ulcus.

Le BALFOUR, comme du reste la gastro-entérostomie est d'une bénignité remarquable, mortalité de 1 0 0 environ, statistique de la clinique de ROCHESTER; mais ses indications sont, nous venons de le voir, très limitées.

III. — Exérèses limitées.

Celles-ci comprennent:

I. *L'excision simple.* — Qui n'est que l'ablation au bistouri d'un ulcère très limité sans plaque de gastrite. On

tend à la délaïsser, lui préférant soit le Balfour, soit la résection large en selle.

II. *La résection en selle.* — Qui comporte l'ablation sur chacune des faces de l'estomac d'un triangle plus ou moins étendu.

La réparation de la brèche ainsi produite se fait de deux manières: ou bien par suture transversale (c'est la technique des frères MAYO). On évite ainsi le rétrécissement qui résulterait d'une suture parallèle à l'axe de l'estomac (schéma) ou bien comme le préfère HARTMANN, on ferme la brèche par une suture longitudinale, plus aisée et le rétrécissement est corrigé par une gastro-entérostomie postérieure (schéma).

Cette résection en selle cunéiforme altère d'une manière incontestable et permanente la musculature gastrique et bien que cette altération soit compatible avec un minimum de troubles cliniques, la guérison qu'elle donne est « de qualité inférieure » selon le mot de Pierre DUVAL à celle que donne la méthode de BALFOUR.

Son indication principale se trouve réalisée en présence d'une petite courbure peu adhérente qui se détache assez facilement du foie et du pancréas, d'un estomac qui se laisse facilement attirer au dehors; s'agit-il d'un ulcus qui a creusé profondément les tissus d'alentour et qui tient solidement en arrière s'opposant à l'extériorisation de la petite courbure sur ses deux faces, la résection cunéiforme est presque impossible; il vaut mieux ne pas la tenter et pratiquer ou bien la résection médiogastrique ou bien la gastropyloréctomie.

Opération délicate, la résection cunéiforme cause une mortalité plus élevée que les opérations précédentes 3,3 0/0, d'après les frères MAYO.

IV. — La résection médiogastrique.

C'est la méthode de PAYR. Elle comporte l'ablation de tout l'anneau stomacal qui porte l'ulcère avec suture directe des deux segments gastriques (schéma).

Cette gastro-gastrostomie termino-terminale, reconstitue l'estomac non seulement dans sa continuité, mais dans sa forme, et à ce point de vue elle semble déjà préférable à la résection cunéiforme qui le coude et le déforme parfois d'une manière considérable. L'estomac se trouve seulement raccourci et c'est tout.

Mais la suture bout à bout des deux segments cardiaque et pylorique n'est pas toujours facile par suite de :

I. *L'Inégalité des deux surfaces de section.* — La surface de section du côté cardiaque notamment est parfois beaucoup plus étendue que la surface de section du côté pylorique. On peut, il est vrai, obvier à cet inconvénient en rétrécissant la surface de section proximale comme dans le BILROTH, première manière (schéma) ou dans le procédé de RYDYGIER, suivant que ce rétrécissement est pratiqué au-dessus ou au-dessous de l'abouchement. Mais au point d'union de la suture termino-terminale et de la terminaison de la suture de rétrécissement la coaptation n'est pas parfaite et risque de lâcher.

II. *L'étendue des lésions*, a pu conduire à la résection d'un long segment d'estomac et l'abouchement termino-terminal peut-être très délicat à réaliser. Si on y parvient, on n'est pas sûr qu'il ne s'exercera pas ultérieurement sur les sutures un tiraillement qui risque d'amener une désunion partielle, surtout si la périgastrite qui s'étend parfois bien au-delà des limites de l'ulcus n'a pas permis une mobilisation suffisante des deux tranches gastriques en amont et en aval de celui-ci. De sorte qu'il semble préférable dans ces cas de fermer isolément chaque tranche et de pratiquer une gastro-entérostomie sur le segment proximal, ou bien fermer seulement la tranche du côté pylorique et aboucher directement dans l'anse jéjunale la tranche stomacale rétrécie ou non, soit à travers le mésocolon transverse (opération de REICHEL POLYA), soit en avant du colon comme le fait BALFOUR (schéma).

Ce mode de rétablissement termino-latéral est très en vogue actuellement en Amérique.

La résection médio-gastrique suivie de l'un ou l'autre de ces modes de rétablissement de la continuité digestive n'est pas toujours possible, elle est entre autre impraticable dans un ulcus haut situé près du cardia: 1° ou bien si on la tente on risque de faire porter la section supérieure insuffisamment au-delà des limites du mal en une région sinon ulcérée, du moins infiltrée, parce que trop voisine de l'ulcère même, et alors la suture de cette tranche malade à la tranche distale saine risque fort de ne pas tenir; 2° ou bien on sera conduit à la fermer isolément, mais alors la gastro-entérostomie faite sur un point aussi élevé de l'estomac, outre qu'elle sera très délicate, équivaldra à la suppression presque complète de celui-ci, à une véritable exclusion de ce qu'il en reste.

Dans ce cas, si la résection cunéiforme n'est pas possible et si la Balfourisation paraît également très aléatoire, il vaut mieux se contenter de la gastro-entérostomie.

La résection médiogastrique annulaire provoque sans exception l'apparition d'une sténose médiogastrique décelée par la radioscopie, sténose purement radioscopique pourrait-on dire ne s'accompagnant en effet, d'aucun signe fonctionnel, elle est parfaitement compatible avec un fonctionnement parfait de l'estomac, les opérés sont guéris et ne présentent plus aucun trouble.

Mais cette opération est sérieuse et comporte une mortalité élevée: 45 0/0 environ.

V. — La gastropyloréctomie.

Cette opération consiste à enlever tout l'estomac jusqu'au dessus de l'ulcus et à faire une gastro-entérostomie sur la partie supérieure (schéma).

C'est la méthode de choix surtout en présence d'un vieil ulcus calleux.

Opération plus facile que la résection annulaire médiogastrique, parce qu'on aborde l'estomac en zone saine

dépourvue d'adhérence, elle est beaucoup plus efficace parce qu'elle supprime:

- 1° Non seulement l'ulcus et tous ses dangers;
- 2° Mais les autres ulcus possibles, méconnus ou latents;
- 3° Les ulcus qui couvent peut-être déjà sur une berge ou sur l'autre du pylore;
- 4° Et surtout parce qu'elle supprime avec l'antrum pylorique hypersécréteur la cause même du mal.

La résection circulaire ne supprime que la lésion actuelle elle garantit moins l'avenir.

Mais la gastropyloréctomie est une opération sérieuse à mortalité élevée: 30 0/0 environ, aussi d'une part n'est-elle justifiée qu'en cas de lésion grave et d'autre part, convient-il de bien préparer le malade et de pratiquer l'intervention en deux temps chez les sujets affaiblis; dans un premier temps, on fait une gastro-entérostomie, permettant de remonter le malade, de le réalimenter et de le mettre ainsi dans de meilleures conditions pour supporter la gastrotomie rendue elle-même plus aisée par suite de la diminution de la péri-gastrite.

Ces indications ne sont pas seulement l'impossibilité ou les difficultés techniques de la résection segmentaire, il en est d'autres. Elle est indiquée dans les cas, où l'ulcus de la petite courbure s'accompagne de troubles sérieux de la fonction pylorique:

- 1° Qu'il s'agisse d'un ulcus concomitant du pylore ou du duodénum;
- 2° D'une propagation à la région pylorique d'un ulcus de la petite courbure, bas situé;
- 3° D'une péri-gastrite plus ou moins sténosante sans ulcération du pylore;
- 4° Et enfin, sans qu'il y ait lésion gastrique ou péri-gastrique de la région pylorique, quand il y a pylorospasme réflexe accusé et permanent.

Actuellement on ne se borne pas à ces indications, on tend de plus en plus à pratiquer la gastropyloréctomie même

quand la résection segmentaire est possible. Quand il n'y a pas de trouble de la fonction pylorique, c'est qu'en effet souvent l'ulcus de la petite courbure surtout dans ses formes jeunes n'est pas isolé. Cette multiplicité de l'ulcus est fréquente, c'est ce qui ressort de diverses statistiques (BRINTON, CARLESS, RIEDEL, SCHUGHARDT, ROTGANS, etc.).

La gastroentérostomie bien pratiquée, et bien supportée par le malade, donne des résultats excellents en temps qu'ulcère, on obtient de la sorte une guérison définitive, aucune récidive; mais la suppression anatomique et fonctionnelle de l'estomac occasionne fréquemment des troubles entéritiques, des diarrhées rebelles.

Si nous voulons schématiquement résumer la valeur comparée des différentes méthodes de traitement de l'ulcus de la petite courbure, nous dirons que: la gastro-entérostomie supprime *les effets de la lésion*.

La résection segmentaire supprime *la lésion*, la résection pylorogastrique supprime *la lésion et la cause*.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

A propos des diverses interventions chirurgicales de l'ulcus de la petite courbure, nous avons vu qu'elles étaient de gravité très différente, et que par là même, elles comportaient une mortalité plus ou moins grande, mais en général, les résultats immédiats dépendent beaucoup.

I. *De la préparation du malade.* — Nécessité du repos au lit pendant huit à dix jours avant l'intervention.

Désinfection soigneuse de la bouche. Extraction des vieux chicots. Lavages répétés de l'estomac. Exercices respiratoires.

II. *De l'anesthésie pratiquée.* — A la suite de PAUCHET, on recommande l'anesthésie régionale qui diminue dans des proportions énormes le choc opératoire, permet d'employer un anesthésique (stovaine, novocaïne), non toxique et évite jusqu'à un certain point les complications broncho-pulmo-

naires dues souvent en grande partie à l'éthérisation des malades déprimés.

III. *Du lever précoce.* — Dès la fermeture de la plaie abdominale.

RÉSULTATS TARDIFS

Ils sont très variables suivant l'opération pratiquée. Telle opération étant simplement palliative et telle autre curatrice, mais ils sont en grande partie sous la dépendance du régime suivi par le malade.

Bien des résultats sinon mauvais, tout au moins incomplets ou retardés ne reconnaissent pas d'autre cause qu'une reprise trop précoce de l'alimentation ordinaire. C'est que l'ulcus de la petite courbure est une maladie de l'estomac et l'ulcus enlevé, il importe de traiter l'estomac, l'hyperchlorhydrie causale, facteur de récidence. Un régime sévère est nécessaire, aussi constatons-nous en général de meilleurs résultats dans la clientèle aisée, plus apte à suivre la régime dans toute sa rigueur, et ce régime doit être longtemps poursuivi, l'alimentation ordinaire n'étant reprise que peu à peu, progressivement.

TRAITEMENT DE L'ULCUS COMPLIQUÉ

Jusqu'ici nous n'avons vu que le traitement de l'ulcus lui-même, il nous reste maintenant à étudier le traitement de ses diverses complications.

I. — Sténose médiogastrique.

C'est la complication de la phase ultime de l'ulcère, elle existe donc généralement chez des sujets amaigris presque cachectiques, pour y remédier, on aura donc recours à des interventions simples, aussi peu choquantes que possible.

Dans ce but, on pratique généralement une *opération pal-*

liative, amenant une simple dérivation du contenu gastrique, telle :

1^o La gastro-entérostomie sur poche cardiaque (voir schéma) mettant en communication la poche cardiaque avec le jéjunum ;

2^o La gastro-gastrostomie (voir schéma) mettant les deux poches gastriques en communication au delà de la zone malade ;

3^o L'opération de FINEY (voir schéma) reséquant la grande courbure dans sa portion indurée.

L'état du malade est-il moins précaire qu'on tentera une *intervention curatrice*.

La résection médiogastrique (schéma) opération de PAYR, telle que nous l'avons étudiée à propos de l'ulcus. C'est la méthode de choix. Elle s'attaque directement à l'obstacle qu'elle supprime et rend un estomac biloculaire à sa forme normale. Malheureusement elle est choquante et s'adressant à des sujets sans résistance, elle est souvent impraticable, du moins d'emblée.

II. — De la perforation.

Cette complication peut survenir à toutes les époques de l'ulcère, souvent même en période d'accalmie absolue ; aussi, suivant les cas, suivant les réactions péritonéales de voisinage, déterminera-t-elle une péritonite généralisée ou au contraire localisée, enkystée par les adhérences inflammatoires.

1. — *Péritonite généralisée*. — En présence de cette complication, il importe d'intervenir d'extrême urgence, plus l'opération est hâtive, plus elle a de chance de succès, néanmoins, il faut s'attendre à une mortalité très élevée. Les premières heures écoulées, l'opération est généralement vaine. Mais il n'y a pas seulement une question d'horaire, la réplétion ou la vacuité de l'estomac, joue un rôle important ; le contenu gastrique lui-même est un facteur à considérer, il

est suivant les cas plus ou moins septique. Ces diverses considérations nous expliquent pourquoi telle opération pratiquée tardivement après la vingtième heure est couronnée de succès, tandis que telle autre faite dès le début, avant la sixième heure a été fatale.

L'abdomen ouvert, on repèrera la perforation, mais on ne se contentera pas d'en faire la simple suture, elle serait insuffisante, les fils ne sauraient tenir dans les bords indurés de l'ulcère, ils couperaient. Il faut faire au thermocautère de préférence une excision large de l'ulcère, en allant jusqu'en tissu sain, puis on ferme la brèche gastrique en deux plans, en ayant soin de ramener l'épiploon au devant de la suture.

Dans ces cas urgents, la meilleure intervention étant la moins longue, l'intervention minima, on ne pratiquera pas de gastro-entérostomie qui prolongeant l'opération, en augmenterait le choc. Il faut faire vite, la perforation comblée, on draine et on ferme la paroi en un seul plan (observation personnelle).

2. *Péritonite localisée.* — Cette complication est peut-être plus fréquente, elle constitue l'abcès sous phrénique, véritable péritonite enkystée, de pronostic moins sombre.

L'opération immédiate consistera habituellement à la simple ouverture de l'abcès et à son drainage. Il faut savoir s'en contenter, dans la crainte de transformer en péritonite généralisée une péritonite bien limitée, et à moins que la perforation ne saute aux yeux de l'opérateur, il vaut mieux remettre à une opération ultérieure l'excision de l'ulcère.

III. — Des hémorragies

En face de cette complication possible à toutes les phases de l'ulcère, on instituera d'abord un traitement médical, consistant au repos absolu au lit, diète, emploi de divers hémostatiques (ergotine, chlorure de calcium, etc.). L'hémorragie continue-t-elle qu'on interviendra chirurgicalement.

On pratiquera soit des ligatures artérielles en aval et en amont de la zone ulcérée; opération palliative, logique, mais généralement insuffisante. Soit: la résection de l'ulcère, opération meilleure, mais déterminant un choc considérable chez ces malades saignés à blanc.

Les observations des cas opérés manquent, mais il semble qu'il y ait une grosse mortalité. En présence d'une hématomèse mieux vaut essayer d'arrêter médicalement l'hémorragie, puis intervenir dès qu'elle s'est arrêtée et que l'équilibre hémopoiétique est rétabli.

IV. — De l'ulcéro-cancer.

On connaît la grande fréquence de cette complication, mais à l'opération deux cas peuvent se présenter:

Ou bien, on est en présence d'un ulcéro-cancer très développé avec propagation au péritoine (semi-cancéreux) ou au foie (taches de bougie), il n'y a pas à intervenir.

Ou bien, la dégénérescence cancéreuse est limitée. Il faut alors pratiquer l'ablation large de l'ulcéro-cancer comme s'il s'agissait d'un néoplasme, sans omettre celle des trois groupes ganglionnaires gastriques, coronnaires, du grand épiploon et rétropyloriques.

Mais la dégénérescence cancéreuse n'apparaît pas toujours, il s'en faut de beaucoup sous formes de lésions macroscopiques on la soupçonnera en présence d'un sujet âgé, de ganglions, d'un peu d'ascite et dans le moindre doute, bien plus en présence de tout ulcère calleux on se comportera comme s'il s'agissait d'un néoplasme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Dr THOUVENIN)

Ulcus calleux de la partie moyenne de la petite courbure datant de dix ans. Résection gastropylorique large. Gastroentérostomie. Guérison opératoire. Malade revu 15 mois après, guérison maintenue.

Monsieur Lam..., 33 ans chemin des Capucines, Angers. Médecin traitant, Dr DENÉCHAU.

Histoire de la maladie.

Souffre de l'estomac depuis l'âge de 20 ans. Ces douleurs d'estomac surviennent par crises, d'abord précoces, puis plus tardives, plus tenaces aussi. Les périodes de crise durent de 8 à 10 jours. Le régime lacté les calme, et le malade reste ainsi plusieurs semaines et plusieurs mois sans souffrir.

Pendant la guerre, amélioration, puis bientôt aggravation qui le fait réformer. Depuis la guerre, les crises d'abord vont s'espacant sous l'action d'un régime rigoureusement suivi. Mais depuis *un an*, malgré tout régime, la dyspepsie ne cède plus. La douleur existe même en dehors des repas ; souvent même à jeun, le malade est pris de crises épigastriques intenses que ne calme que l'expulsion provoquée et d'ailleurs extrêmement pénible de nombreuses glaires acides et brûlant la gorge. Jamais d'hématémèse ni de méléna.

L'état général finit par se ressentir de cet état gastrique, qui oblige en effet le malade à restreindre malgré un grand appétit, son alimentation au strict nécessaire. L'amaigrissement est notable. 10 kilogs en un an.

Examen (Mai 1923). — Sujet amaigri au teint un peu jaunâtre, Ventre un peu rétracté. Rebords costaux saillants. Au toucher, douleur vive à la palpation de tout l'épigastre. Un examen plus minutieux permet de localiser le maximum de la douleur juste à la

ligne médiane un peu au-dessus de l'ombilic. Cette douleur est fixe, bien limitée, n'irradie pas, mais le malade déclare qu'au cours de certaines crises, elle irradie nettement le long du rebord costal gauche et dans le dos. On essaie de faire préciser au malade la région dorsale où irradie la douleur. Elle siège à gauche nettement au-dessous de l'omoplate. Un peu en dehors de la ligne épineuse, à la hauteur approximative de la dixième ou onzième dorsale. La pression à ce niveau ne détermine aucun point douloureux. Cette douleur est à peu près le seul symptôme précis présenté par le malade. Il n'y a cliniquement aucun signe de rétension, pas de clapotage, pas de tension intermittente de l'épigastre. On ne sent sous la paroi amaigrie aucune masse, aucune contracture, aucun empatement. Rien à noter dans les autres régions de l'abdomen ou dans les différents appareils de l'économie.

Analyse du suc gastrique. — Hyperchlorhydrie.

Examen des matières fécales. — Réaction de WEBER: négative.

Examen radiologique. — Estomac hyperkinétique. Evacuation rapide. Douleur sur le bord droit de l'antrum gastrique, au voisinage du pylore, un autre point est noté sur l'ombre duodénale qui apparaît déformée et présente une encoche persistante à droite. Pas de niche. Pas d'encoche sur la grande courbure.

Cet examen conduit le Dr DENÉCHAU au diagnostic d'ulcère du duodénum, surtout en raison de l'hyperkinétisme et de la déformation de l'ombre duodénale.

Je penche plutôt pour le diagnostic d'ulcère de la petite courbure, malgré l'absence de niche, en raison du siège et de l'irradiation des douleurs, de leur intensité surtout, laquelle est peu commune dans l'histoire des ulcères duodénaux.

En tout cas, une intervention est décidée et pratiquée le 5 juin 1923.

Intervention (5 juin 1923). — Clinique Saint-Martin-la-Forêt, aide, Dr CANONNE. Anesthésie: éther. Malade en position ordinaire. Table relevée, coussin dorso-lombaire.

Incision médiane, sus et sous ombilicale. Découverte de l'estomac et immédiatement d'une grosse induration du volume d'une grosse noix, siégeant au milieu de la petite courbure et constituant comme le centre d'une grosse rétraction tendant à rapprocher le pylore du cardia. Cette induration semble un peu comme la charnière d'une vraie plicature de l'estomac sur son bord droit. Des adhérences larges et avasculaires fixent mollement l'estomac au foie. Le petit épiploon est facilement effondré et on extériorise

facilement la région moyenne de l'estomac. Aucune adhérence en arrière au niveau du pancréas. Résection pylorogastrique. La section passe à gauche à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, à droite en pleine première portion du duodéum. Le segment de résection est trapézoïdal, en raison de la différence de longueur considérable qui existe entre la grande courbure normale et la petite courbure rétractée.

Fermeture en bourse après écrasement des 2 moignons gastrique et duodénal. Gastro-entérostomie antérieure transmésocolique jéjunojéjunostomie au bouton. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Suites. — Apyrétiques, sans autres accidents qu'une hématomérose le 3^e jour, qui céda à un lavage chaud de l'estomac.

Le malade commence à s'alimenter le 5^e jour (laitage, pas de légumes).

Le 10^e jour, il commence à se lever.

Il sort de la clinique, le 22 juin, ne souffrant plus, digérant bien et n'ayant plus aucune régurgitation.

Octobre 1913. — Le malade revu, se porte le mieux du monde. Il a repris depuis un mois sa profession de voyageur de commerce, fait de l'auto et de la bicyclette, mange de la viande et a engraisé de 14 livres.

Mai 1924. — Je revois ce malade aujourd'hui, il a bon aspect, a engraisé de 12 *kilogs* depuis son opération, ne présente à la pression aucun point douloureux et digère bien.

Examen de la pièce présentée à la Société de Médecine, juin 1923.

Ulcère calleux du volume d'une pièce de deux francs, profond de 1 c/m, surface sanieuse, bords indurés. Pas d'examen histologique.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Dr THOUVENIN)

Ulcère calleux de la partie moyenne de la petite courbure. Dégénérescence épithéliale (examen histologique). Résection gastro-pylorique. Guérison vérifiée anatomiquement un an après au cours d'une deuxième intervention pour éventration. Mort 16 mois après d'affection pulmonaire.

M. Lel..., 65 ans, tailleur à Angers, entre à l'Hôtel-Dieu en octobre 1922.

Histoire de la maladie.

Dyspeptique de longue date, mais ayant pu malgré sa « dyspepsie », mener une vie active jusqu'à l'année dernière. Depuis 10 mois, les crises douloureuses sont devenues plus intenses, les digestions plus difficiles. Pas de vomissement. Pas d'hématémèse mais melœna cliniquement appréciable à plusieurs reprises et durant plusieurs jours. Il y a deux mois, véritable hémorragie intestinale. Appétit conservé, mais le malade, par crainte de la douleur, restreint peu à peu son alimentation. Depuis deux mois, c'est-à-dire depuis son hémorragie, l'état général est devenu franchement mauvais. L'amaigrissement a fait des progrès rapides. L'asthénie est extrême.

Examen. — Homme extrêmement amaigri, d'une pâleur extrême, a maigri de 15 kilogs. depuis 10 mois. Paraît souffrir d'une manière intense. La douleur est franchement épigastrique, médiane, sus ombilicale. Irradiations latérales gauches assez nettes. Irradiation dorsale très marquée, siège au niveau de la ligne épineuse sur une hauteur de plusieurs vertèbres (D. IX, X, XI, XII).

Pas de point douloureux à la pression de ce niveau.

Ventre rétracté. Contracture légère du muscle grand droit gauche. Sous la contracture on sent une tuméfaction douloureuse aux limites imprécises. Foie ne déborde pas le rebord costal droit. Pas de clapotage.

L'examen radiologique n'est pas pratiqué en raison de la fatigue extrême du malade.

L'examen des selles ne révèle aucun melœna.

Auscultation. Respiration rude au sommet gauche avec quelques craquements.

Intervention. — Docteur THOUVENIN, aide, interne de service. Anesthésie: Ether et huile camphrée pendant l'opération.

Incision médiane sus et sous ombilicale. Estomac dilaté. Tuméfaction du volume d'une grosse noix au niveau de la petite courbure à deux travers de doigts du pylore. Adhérences antérieures lâches de la petite courbure et facilement détachées de la face inférieure du foie. Elle paraît tenir davantage en arrière. Après effondrement du petit épiploon, on lie la coronaire. Effondrement du ligament gastro-colique et ligature gastro-épiploïque. Section transversale de l'estomac entre deux clamps. Suture de la tranche supérieure en trois plans. On détache alors au bistouri la face postérieure de la petite tubérosité adhérente au pancréas. Hémorragie en nappe du tissu pancréatique. Tamponnement. Section du duodénum. Suture et enfouissement.

Gastro-entérostomie transmésocolique antérieure, jéjuno-jéjunostomie.

Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze.

La surface pancréatique continuant à saigner, on laisse à son contact un tamponnement qui ressort à la commissure inférieure de l'incision.

Examen de la pièce. — Ulcération du diamètre d'une pièce de deux francs, aux bords taillés à pic, à fond sanieux.

L'induration s'étend à un bon centimètre au delà de l'ulcération qui présente tout l'aspect d'un ulcère banal calleux.

Examen histologique (Docteur PAPIN). — Dégénérescence épithéliale d'un vieil ulcère ayant pénétré dans le tissu pancréatique.

Suites opératoires. — Pneumonie le deuxième jour, grosse hyperthermie, souffle étendu. Etat général grave. Le huitième jour défervescence. Amélioration rapide. Localement, l'estomac fonctionne bien dès le début. On enlève le tamponnement le sixième jour.

Le malade commence dès le deuxième jour une alimentation liquide.

Une fois la pneumonie enrayée, l'alimentation se poursuit et le malade se remonte rapidement.

Il sort de l'hôpital en bon état.

Octobre 1923. — Revu à plusieurs reprises au cours de l'année, cet homme reste en parfait état. Il se nourrit bien, ne souffre plus et engraisse d'une manière notable. Il a repris trois mois après l'intervention, son métier de tailleur.

Localement, éventration au niveau de la cicatrice de drainage, éventration dont je lui conseille de se débarrasser.

2^e Intervention (Octobre 1923). — Un an après la première : rachianesthésie. Laparotomie.

Examen du moignon gastrique au niveau duquel on ne sent aucune induration. Rien d'anormal au niveau du moignon duodéal, ni de l'orifice de gastroentéroanastomose. Aucune récidive ni péritonéale ni ganglionnaire, ni hépatique. Cure radicale de l'éventration. Guérison.

Février 1924. — Cet homme meurt d'une pneumonie grippale ou caséuse ? Pas d'autopsie.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Dr THOUVENIN)

Ulcère calleux de la petite courbure (partie moyenne). Résection gastro-pylorique. Gastro-entérostomie. Guérison.

Madame La..., de Jarzé (Maine-et-Loire).

Histoire de la maladie.

Souffre depuis quinze ans de l'estomac. Les douleurs, après s'être espacées, se rapprochent. Depuis six mois, les douleurs sont continuelles. Ces douleurs siègent en un point assez élevé un peu au-dessous de la pointe de la xiphoïde. Elles irradient le long du rebord costal gauche, jamais à droite, souvent dans la région dorsale. Il existe là au niveau de la onzième et de la douzième dorsales à gauche de la colonne vertébrale, une zone de la largeur de la paume de la main extrêmement sensible à la pression.

L'appétit conservé jusqu'au mois dernier commence à décliner. Ni vomissement, ni hématemèse, ni melena. L'état général s'altère rapidement. La malade a maigri de 22 livres depuis trois mois.

A l'examen. — Femme pâle, maigre, asthénique. Hypotension. Déshydratation.

Région épigastrique rétractée. Sous la tension des droits, on arrive à déterminer à la pression, une douleur exquise sur la ligne médiane un peu au-dessus de l'ombilic. À côté de ce point douloureux, on note une sensibilité diffuse et sourde de tout l'épigastre. La contracture musculaire ne permet pas de sentir s'il y a une tuméfaction. On ne sent pas de clapotage.

Examen radiologique, 24 juin 1924. — Niche sur le bord droit de l'estomac, au voisinage du pylore. Douleur à la pression à ce niveau. Pas d'encoche sur la grande courbure.

Intervention (26 juin 1924). — Clinique Saint-Martin-la-Forêt.

Docteur THOUVENIN. Aide, Docteur CANONNE. Anesthésie : Ether.

Laparotomie sus et sous ombilicale. Estomac dilaté. Tuméfaction dure et peu mobile au niveau de la partie moyenne de la petite courbure. À son niveau, le bord droit de l'estomac est complètement soudé à la paroi postérieure du ventre.

Par une brèche faite au ligament gastro-colique, le doigt contourne la grande courbure, s'engage dans l'arrière cavité des épiploons, puis bute sur l'adhérence large et solide de la face postérieure de l'estomac, au pancréas sur l'étendue de la dimension d'une pièce de 5 francs.

A ce niveau, estomac et pancréas font corps en une même tuméfaction d'une dureté ligneuse.

Mais au-dessus d'elle le doigt passe facilement et se crée un passage à travers le petit épiploon. Au niveau du pédicule coronaire, je sectionne entre deux pinces de J. L. Faure, ce pédicule épais, infiltré, et entre les deux pinces écartées, je dénude sur une étendue de deux bons centimètres la petite courbure, laquelle à ce niveau paraît saine. Ligature de la gastro-épiploïque gauche à la partie moyenne de la grande courbure que je dénude entre deux pinces jusqu'au delà du pylore. J'engage alors facilement les deux branches de l'écraseur nettement au-dessus de la tuméfaction et sectionne transversalement l'estomac. Fermeture immédiate de la tranche supérieure en trois plans.

Ligature de la pylorique et de la gastro-duodénale, section après écrasement du duodénum, suture. Enfouissement sous deux plans au fil de lin.

Les deux moignons gastrique et duodénal étant fermés et enfouis, alors, seulement, je me mets en devoir de détacher de la face postérieure du ventre la moitié inférieure de l'estomac ainsi exclue.

La dissection me paraît bien facilitée par cette exclusion préalable. Elle se fait notamment sans la moindre hémorragie, tous les pédicules artériels afférents ayant été liés.

Au bistouri, je sectionne parallèlement à la face antérieure du pancréas une zone scléreuse du diamètre approximatif de 3 à 4 centimètres, à peu près circulaire.

C'est la base de l'ulcus, lui-même, je n'ai pas la sensation de pénétrer dans le tissu glandulaire (pas d'hémorragie), et je ne pénètre pas dans les tuniques gastriques. Mais une fois l'estomac détaché. Au centre de la zone scléreuse pancréatique avivée se trouve l'extrême fond de l'ulcus et sur la pièce enlevée apparaît une petite perforation lenticulaire. Je brûle au thermocautère la petite zone pancréatique correspondant au fond de l'ulcus et je termine par une gastro entérostomie latérale unissant à travers le mesocolon l'anse jejunaie immédiatement en aval de l'angle duodéno-jejunal à la face antérieure du moignon gastrique immédiatement au-dessus de la grande courbure. Je vérifie le bon fonctionnement de l'anastomose. La pression du moignon gastrique tend le bout jéjunal efférent qui disparaît verticalement au milieu des autres anses jéjunales. Le bout afférent reste plat et vide.

Fermeture de la paroi en trois plans (catgut et crin).

Un petit drain encapuchonné d'une compresse va de la zone pancréatique avivée à la commissure inférieure de la plaie. Durée de l'intervention : 1 heure 30.

Examen de la pièce. — Ulcus calleux de la petite courbure empiétant plus sur le versant postérieur que sur le versant antérieur. Diamètre d'une pièce de 2 francs. Forme nettement arrondie. Bords taillés obliquement. Epaissis.

Etendue de l'induration au delà de l'ulcus, un centimètre.

Suites opératoires. — Après une période de choc d'une durée de 24 heures, caractérisée par l'hypotension très marquée du poulx, et traitée par le goulte à goutte rectal et la digitaline, le malade a des suites opératoires parfaites. Pas de vomissement. Pas de régurgitation. Pas d'hémorragie. On commence l'alimentation liquide dès le 2^e jour : café, thé ; lait le 3^e jour. Purée de légumes et jus de viande le 4^e jour. La malade est assise dans un fauteuil le 10^e jour. A ce moment, toute douleur épigastrique a disparu, mais la douleur dorsale persiste avec une certaine intensité pendant 15 jours, ainsi que l'irradiation au rebord costal gauche. A noter aussi une légère parésie du membre supérieur droit qui ne disparaît entièrement qu'au bout de trois semaines et que nous n'avons guère pu expliquer. Pas le moindre incident pulmonaire.

Le 20 juillet. — La malade quitte la clinique ne souffrant plus, ayant repris un assez gros appétit et digérant bien.

Le 15 août. — La malade revue a repris 5 livres et sent chaque jour ses forces renaître. La région épigastrique est indolore spontanément et à la pression.

Le point dorsal ainsi que l'irradiation au rebord costal gauche ont complètement disparu. Aucune douleur digestive.

19 septembre. — L'amélioration persiste, l'anémie semble disparaître. La malade a engraisé de 12 livres depuis l'intervention.

OBSERVATION IV

(Recueilli dans le service du Dr THOUVENIN, à l'Hôpital d'Angers)

Ulcus calleux haut situé. Gastro-entérostomie. Disparition des douleurs. Opération récente.

Monsieur Cot., 40 ans, carrier à Trélazé (Maine-et-Loire).

Histoire de la maladie.

C'est l'histoire habituelle en pareil cas. Les premières douleurs remontent à de longues années, sont vagues ; chez notre malade elles débutent en 1916, sont peu intenses, c'est une dyspepsie banale qui se calme d'elle-même, sans le moindre traite-

ment et n'empêche pas notre homme de faire toute la guerre « service armé ». Petits malaises passagers, plutôt que douleur vraie. Puis deuxième phase, rentré dans ses foyers, il présente à quatre reprises différentes, des crises violentes d'une durée de 8 à 10 jours chaque fois, crises séparées par de longs mois de silence absolu d'abord, relatif à la fin. Le caractère essentiel de ces crises est la douleur, douleur extrêmement violente au creu épigastrique avec irradiation dans l'hypocondre gauche. Mais tandis qu'aux deux premières crises (1920 et 1922), la douleur n'existe qu'après les repas, est très précoce (une demi-heure après), et est calmée par les vomissements ; en 1923, et surtout en 1924 (date de la dernière crise), la douleur est plus persistante et a seulement son maximum après les repas, les vomissements la calment peu. Bien plus, la douleur irradie alors dans le dos du côté gauche.

En plus de cette douleur et de ces vomissements alimentaires aussitôt le repas, notre malade se plaint d'une salivation abondante, donnant lieu à maintes reprises à des régurgitations aqueuses (un demi verre, environ nous dit-il). Mais il ne présente jamais d'hématémèse ni de méléna.

Dans les premières crises, tous ces malaises cèdent rapidement au traitement médical (repos, lait, koalin, bismuth), mais il reste sans effet par la suite ; l'état général lui-même ne tarde pas à s'en ressentir ; disparition de l'appétit, amaigrissement de 14 livres en quatre mois. Aussi le malade se résoud-il à entrer à l'hôpital le 7 août 1924, pour y subir une intervention depuis longtemps proposée par son médecin traitant.

Examen. — Homme amaigri, asthénique, souffrant dans toute la région épigastrique, paroi abdominale rétractée, tendue. La palpation attentive fait ressortir l'existence d'un point plus douloureux, d'une fixité remarquable ; il est haut situé immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, médian. A ce niveau, on ne trouve aucune tuméfaction, la contracture musculaire s'oppose à toute palpation profonde. Actuellement, tout l'épigastre est sensible, mais dans les crises antérieures, on notait la propagation presque exclusive de la douleur à gauche, le long du rebord costal.

Le malade souffre également dans le dos à gauche ; douleur à la pression de ce côté à quelques centimètres de la ligne épineuse des vertèbres IX, X, XI^e dorsales.

On ne trouve pas de clapotage, aucune rétention à jeun.

Analyse du suc gastrique. — Hyperchlorhydrie.

Examen des selles. — Réaction de WEBER : négative.

Examen radiologique. — Point douloureux haut situé sur le bord

droit de l'estomac, pas de niche, pas d'encoche sur la grande courbure.

En présence de tous ces signes, le diagnostic d'ulcère de la petite courbure est posé et une intervention est décidée.

Intervention (22 août 1924). — Hôpital. Aide : M. LEROY, interne du service. Anesthésie : Ether

Le malade est en position ordinaire. Table relevée. Coussin dorso-lombaire.

Incision médiane sus et sous ombilicale. Découverte de l'estomac qui paraît normal. Aucune lésion dans la partie inférieure, c'est seulement en relevant le foie et glissant le doigt sous sa face inférieure qu'on perçoit une tuméfaction dure, de consistance ligneuse de la grosseur d'une noix, siégeant sur la partie haute de la petite courbure, près du cardia. A sa partie centrale, on sent nettement à travers la paroi gastrique une dépression, où s'introduit la pulpe du doigt. Autour de cette masse, difficile à voir, à cause de son siège juxta-cardiaque, nombreuses adhérences péritonéales, sondant foie et estomac ; on ne perçoit pas de ganglions.

Devant l'impossibilité où on est de faire l'ablation de l'ulcus, on a recours à une simple gastro-entérostomie antérieure, mettant en communication par une large bouche, estomac et jéjunum. Opération s'effectuant sans le moindre incident, le malade bien endormi « ne pousse pas ».

Puis suture de la paroi en trois plans (crin, catgut). Pas de drainage. Durée de l'opération : 45 minutes.

Suites opératoires. — Hyperthermie légère, pendant les premiers jours, en rapport avec des phénomènes congestifs pulmonaires. Localement aucun incident, pas d'hémorragie, aucun vomissement, ni régurgitation. Dès le 2^e jour, le malade s'alimente, alimentation liquide, tisane, café.

Le 4^e jour, purée, légumes. Au 12^e jour, lever. Tous les phénomènes douloureux disparaissent dès l'intervention. Le malade éprouve un soulagement immédiat, l'épigastre redevient souple, disparition de la douleur dorsale. Avec l'alimentation, l'asthénie disparaît peu à peu et le malade reprend du poids. A sa sortie de l'hôpital, fin septembre, il a repris 4 livres et ne souffre plus.

OBSERVATION V

Ulcère de la petite courbure perforé. Résection en pleine péritonite. Pas de gastro-entérostomie. Suture. Guérison. (Archives médicales d'Angers, mars 1924), Docteur THOUVENIN.

J'ai revu il y a quelques jours un malade que j'ai opéré il y a environ six mois pour une perforation d'ulcère de la petite courbure.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, M. V..., valet de chambre, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, le 6 septembre 1923, sorti le 3 novembre.

Son histoire est l'histoire ordinaire de presque toute perforation d'ulcère d'estomac :

1^o C'est d'abord le long passé gastrique, avec, depuis plus de dix ans, l'alternance classique de courtes périodes douloureuses et de longues périodes d'accalmie ;

2^o Puis, depuis un mois, la dyspepsie plus douloureuse, plus tenace, un véritable « état de mal ulcéreux », ne cédant ni au régime ni au repos ;

3^o Et c'est enfin, un soir, brutalement, la douleur en coup de poignard, la douleur formidable, qui, partie de l'épigastre se généralise bientôt à tout le ventre, et qui, malgré la diète, la glace, la morphine, malgré toute la thérapeutique médicale rituellement prescrite en pareil cas, s'aggrave d'heure en heure.

Et quand le malade arrive à l'hôpital, dans la nuit du lendemain vingt-six heures après le début des accidents, il est en pleine péritonite (t. 40°, pouls 130, traits tirés, facies plombé, arrêt des gaz, vomissements, état nauséux continu, ventre ballonné, immobile, douloureux et tendu).

Le maximum de cette tension douloureuse à l'épigastre permet de faire le diagnostic de perforation d'ulcère — d'ulcère gastrique plutôt que duodénal, à cause des antécédents — et même d'en préciser le siège probable à la petite courbure, en raison du maximum très élevé, presque rétroxiphoïdien de la douleur ressentie.

C'est ce que ne tarde pas à confirmer la laparotomie. Dès l'ouverture du péritoine, du pus et des gaz sous tension s'échappent de la grande cavité ; des anses distendues et rougeâtres apparaissent qu'on refoule aussitôt sous la précieuse barrière de l'épiploon et du colon transverse. Puis, tandis qu'un champ engagé dans la commissure inférieure de l'incision maintient ce refoulement de façon à ce que l'exploration et les manœuvres ultérieures s'effectuent exclusivement dans l'étage sus-mésocolique, on suit la face antérieure de l'estomac, et guidé par des fausses membranes, bientôt par un écoulement de bile et de mucus, on arrive facilement à découvrir une petite perforation à l'emporte-pièce, qui siège juste au milieu de la petite courbure. C'est une perforation lenticulaire au centre d'une zone indurée, de la largeur d'une pièce d'un franc. Après effondrement du petit épiploon, je fais l'excision de toute cette zone, de manière à pouvoir suturer

ensuite des tranches saignantes et souples, qui ne coupent pas sous la traction des fils. Je pratique cette suture perpendiculairement au bord droit de l'estomac, pour ne pas en rétrécir le calibre, et en trois plans, le premier total, les autres péritonéaux. Sur cette longue suture (7 à 8 centimètres) au niveau de laquelle l'estomac semble plié en deux, j'étale une lame épiploïque qui, par dessus la petite courbure plonge dans l'arrière cavité à travers la brèche faite au ligament gasto-hépatique. Je maintiens en place cette lame protectrice, non par une suture nouvelle, mais seulement par un tamponnement à la gaze encapuchonnant un gros drain. Un autre drain est mis dans l'étagé sous-mésocolique, et je ferme la paroi en un seul plan au fil de bronze.

Suites opératoires. — Etat grave, presque désespéré pendant quarante-huit heures. Puis, le troisième jour, commence à se dessiner une amélioration qui s'accroît rapidement, et la guérison s'effectue sans autre incident que, vers le dixième jour, vingt-quatre heures après l'ablation du drainage, une fistulette gastrique, qui se ferma spontanément.

Actuellement. — Ainsi que vous pouvez le constater, l'opéré va aussi bien que possible. Il ne souffre plus, digère bien, et, malgré mes conseils, mange de tout. A sa sortie de l'hôpital, il pesait quatre-vingts livres, il en pèse cent vingt-huit aujourd'hui. Je l'ai fait radioscopier avant-hier. L'examen pratiqué par M. SARRAZIN conclut à un estomac normal comme ferme, comme motricité et comme sensibilité, s'évacuant bien, et ne présentant, en un mot, aucun signe de la moindre lésion.

CONCLUSIONS

I. — Au point de vue *étiologique*, la localisation à la petite courbure est après la région pylorique la plus fréquente des localisations de l'ulcus de l'estomac; et pratiquement un ulcère non pylorique est un ulcère de la petite courbure, les ulcères des faces étant absolument exceptionnels.

II. — LA PATHOGÉNIE est encore entourée d'obscurité. Les seuls points qui semblent définitivement acquis c'est le rôle de l'hyperchlorhydrie, et la fréquence de la syphilis.

III. — Au point de vue *anato-pathologique*, le caractère essentiel de ces ulcères, c'est leur pénétration. Grâce à l'enclavement normal de la petite courbure entre le foie et le pancréas, enclavement qu'accentue une réaction presque constante de péritonite adhésive, l'ulcus peut acquérir une très grande profondeur sans danger pour la grande cavité péritonéale.

IV. — Au point de vue *séméiologique*, le grand symptôme et souvent l'unique symptôme est la douleur. La douleur haute avec irradiations précoces le long du rebord costal gauche et tardives dans la région dorsale. Le moment de la douleur à moins de constance que son siège, l'intensité, la tenacité des crises est en revanche un caractère à peu près constant:

L'examen radiologique montre: *au début*, une douleur, au bord droit de l'ombre gastrique, une encoche sur la grande courbure. *Plus tard*, une niche sur la petite courbure.

V. — *L'évolution* clinique de l'ulcus de la petite courbure est essentiellement intermittente. De courtes périodes douloureuses alternent pendant des mois avec de longues périodes d'accalmie. Puis à la longue, l'accalmie dure moins longtemps, les crises sont plus longues, prennent bientôt un caractère subintrant; et c'est alors qu'il faut redouter les complications.

VI. — *Les complications* sont la perforation et l'hémorragie. *La perforation* en péritoine libre est relativement rare, la perforation lente, cloisonnée; la perforation « couverte » semble plus fréquente.

La grosse *hémorragie*, celle qui tue, est en revanche plus fréquente que dans tout autre localisation, et plus fréquente aussi, est l'hémorragie lente qui par sa continuité arrive à provoquer un déséquilibre définitif de la formule sanguine.

VII. — Mais à côté de ces complications aiguës, d'autres complications sont à redouter. Elles constituent presque l'aboutissant, le terme ultime de l'évolution des ulcus de la petite courbure. C'est d'abord: la *sténose médiogastrique*, organo-spasmodique, puis organique vraie, c'est-à-dire l' inanition si un traitement rationnel ne rétablit à temps la perméabilité du tube digestif.

C'est ensuite et surtout la *dégénérescence cancéreuse*. L'ulcère de la petite courbure prend sa place parmi les lésions irritatives chroniques (exemple: leucoplasie) qui font, suivant l'expression consacrée « le lit au cancer ». Cette dégénérescence est sournoise. Bien souvent aucun signe clinique ne peut permettre de l'assurer. Et parfois même, au cours de la laparotomie, devant la lésion mise à nu, le chirurgien reste hésitant. De sorte que le dernier mot reste à l'examen histologique, qui devra toujours être pratiqué après l'exérèse et décidera le pronostic.

VIII. — *La Thérapeutique* des ulcus de la petite courbure devra d'abord être *médicale*: nous sommes convaincus qu'un traitement médical bien conduit, peut amener la guérison dans un grand nombre de cas. Mais si le traitement rigoureusement suivi pendant plusieurs mois n'a pas amené la guérison clinique, il est prudent d'avoir recours au chirurgien.

« L'ulcère de la petite courbure est une affection douloureuse qui empoisonne l'existence de ceux qui en sont affligés, qui entrave leur alimentation et expose ainsi aux complications, qui frappent de préférence les organismes débilisés, mais c'est une affection dangereuse surtout de par elle-

même, de par elle seule, car du seul fait de son évolution, elle risque de tuer par perforation, par hémorragie, elle risque surtout de tuer par cancer, et à ce point de vue, on peut dire qu'il y a pratiquement deux sortes de cancer extra-orificiel de l'estomac;

D'une part, le cancer primitif développé sur un estomac sain, celui-là, la chirurgie ne le guérit à peu près jamais. Elle ne le guérit pas, parce qu'elle a à le traiter en général d'une manière trop tardive, toute la période où il était peut être curable encore étant cliniquement muette.

D'autre part, l'ulcère-cancer, infiniment meilleur, parce que diagnostiqué plus tôt, parce que précédé par un long passé dyspeptique, et peut-être parce que se développant moins vite, comme si le tissu scléreux péri-ulcéreux constituait une barrière à l'infiltration épithéliale.

IX. — Toutes ces conclusions font dans le *choix de l'intervention* décidée, peser sérieusement la balance en faveur des opérations radicales.

La *gastro-entérostomie*, opération bénigne est un complément ou mieux la plus haute expression du traitement médical. Elle met l'estomac au repos et favorise ainsi la cicatrisation de l'ulcus. Elle convient à la période de début. En face d'un ulcus calleux, il vaut mieux avoir recours à l'exérèse.

*La thermocautérisation de BALFOUR,
L'excision cunéiforme,*

trouvent leur application dans les cas faciles, où il n'y a pas d'adhérences périgastriques, mais le plus souvent la *résection annulaire médiogastrique* sera à la fois la méthode de nécessité et de choix. La résection plus large *pylorogastrique*, plus délicate dans sa technique car il est plus facile d'enfouir un moignon gastrique que duodénal passe enfin pour la méthode idéale parce qu'elle supprime non seulement la région ulcéreuse, mais l'antra pylorique, hyper-sécréteur, facteur de récidence.

X. — Si l'on nous permet d'essayer de résumer en une

formule forcément un peu schématique toute histoire clinique et thérapeutique des ulcères de la petite courbure, nous substituerons à la vieille formule classique de Cruveilhier « douleur en broche, hématomèses rutilantes, vomissements. Régime lacté. Affection chronique, sinon incurable ».

Cette formule-ci plus radicale, peut-être, mais aussi plus consolante: ulcère de la petite courbure, dyspepsie douloureuse, tenace, chez sujet jeune, résistant au traitement médical. Résection pyloro gastrique. Guérison.

VU : *Le Président de la Thèse,*

F. LEGUEU

VU : *Le Doyen,*

ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Résection en Selle



I^{er} Procédé. — Suture transversale (Procédé MAYO).



II^e Procédé. — Suture longitudinale et gastro-entérostomie (Procédé HARTMANN).

Résection médio-gastrique



I^{er} Procédé. — (PAYR).

Resection medio-gastrique (x 10)



I^e Préopér. — (BARKER, 1^{re} manière).

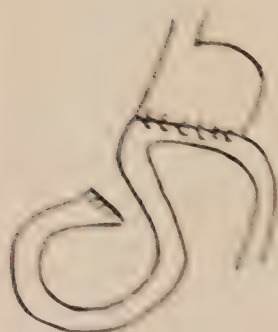


II^e Préopér. (BARKER).



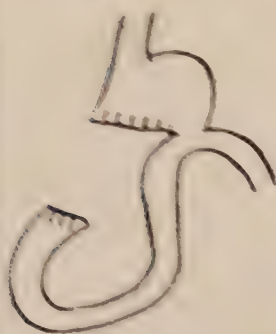
III Opér.

Retirement de la grande et de la petite épiploïque, sans gastro-entéro-ostomie.



IV Opér.

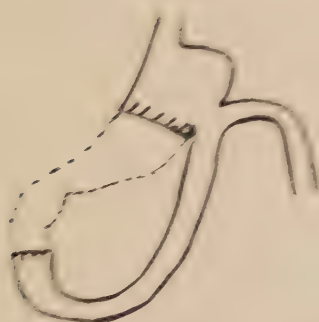
Fermeture du segment pylorique et aboutement jéjunal de la tranche gastrique proximale non rétrécie.



V^e Postopér.

Fermeture du segment pylorique et aboutement jéjunal de la tranche gastrique proximale rétrécie.

La gastropyloroplastie



Traitement de la sténose méso-gastrique



I^{er} Procédé.

Incision méso-gastrique sur l'arc grand.



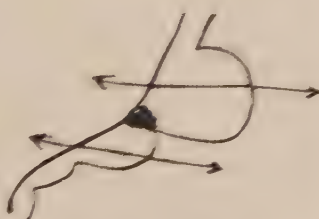
II^{er} Procédé.

La rétraction.



III^{er} Procédé.

Opération de Finlay.



IV^{er} Procédé.

Rétraction méso-gastrique.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS. — *L'ulcère de l'estomac dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement*. « *Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, n° 4, avril 1911.
- BANKER. — *Traité chirurgical de l'ulcère d'estomac*. New-York, « *Méd. Journal* », 29 décembre 1906.
- BAYON. — *Des différentes formes de la biloculation gastrique et de leur diagnostic radiologique*. « *Lyon Médic.* », 30 mars 1913.
- BÉCLÈRE et MÉRIEL. — *Rapport au 25^e Congrès de Chirurgie*. Paris, 1912.
- BIOL. — *L'estomac en sablier spasmodique dans les affections duodénales*. Wiener Klin-Wich., 1912, n° 31, (Baron et Barsony.)
- BOUCHUT et DURAND. — *Ulcus duodénopylorique coexistant avec deux ulcus de la petite courbure gastrique*. « *Lyon Médical* », 9 novembre 1913.
- BRÉCHOT. — *Contribution à l'étude de la pyloréctomie. La gastro-entérostomie*. Thèse Paris, 1909.
- BRINTON. — *On the pathology symptom and treatment of the ulcer of the stomach*, 1857.
— *The diaries of the stomach*. Londres.
- CAILLÉ. — Thèse Paris, 1911.
- CALWELL. — *A propos de l'apparition de l'ulcère gastrique chez l'homme et chez la femme*. « *Bull. médic. Journal* », 5 janvier 1917.
- CANNON. — *Les facteurs mécaniques de la digestion*, 1911.
- CARNOT. — *Les mouvements de l'estomac, du pylore et du bulbe duodénal*. « *Revue générale. Paris Médical* », n° 29, juin 1913.
- CERNE et DELAFORGE. — *La radioscopie clinique de l'estomac*. « *Les actualités médicales* », J.-B. Ballières et fils, 1908.
— *La radioscopie des ulcères de l'estomac*. « *Archives des maladies de l'appareil digestif* », 1910.
— *A propos du diagnostic radiologique de l'estomac biloculaires*. « *Archives des maladies de l'appareil digestif* ».
- CHENISSE. — *L'ulcère du duodénum chez les enfants*. « *Semaine médicale* », 1923, p. 421.
- CODMAN. — *The diagnostic of ulcer duodenum*. Massachussettes. « *Méd. Soc.* », 15 juin 1909.
- CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Bruxelles, 1905. (Monprofit, Mayo, Robson Rotgans, Mattoli, V. Eiselsberg, Ricard.)

- CONGRÈS DE CHIRURGIE ALLEMANDE. — 1915 (Riedel, Payr, Bamberger, Kümmel, Jedlicka, Hochenegg, etc.)
- 4^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — New-York, 1914.
- 5^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE CHIRURGIE. — Mai 1918.
- 29^e CONGRÈS DE CHIRURGIE. — Paris, 1920 (Delagenière, Beauchef, P. Duval, Krummer, Fritz de Beule, Monprofit, Hartmann, Pouchet, etc.).
- COURMONT, DELORE, SOUTY. — *Ulcère hémorragique avec biloculation gastrique. Résection médiogastrique et guérison.* « *Analyse des Archives des maladies de l'appareil digestif* », 1915, p. 233.
- CRUWEILHIER. — *Atlas d'anatomie pathologique.*
— *Sur l'ulcère simple chronique de l'estomac.* « *Revue médicale française et étrangère* », 1838, t. I., février, p. 236 et mars p. 352. t. III, p. 24. *Mémoires sur l'ulcère simple de l'estomac.* « *C. R. hebdomadaire de l'Académie des Sciences* », 21 février 1856, t. XLIII, pl. 81, et « *Arch. gén. méd.* », 1856, 5^e série, t. VII, février, p. 149, et avril, p. 442.
- CZERNY. — *Beitragz. Operativen chirurgie*, Stuttgart, 1878, p. 93.
- DAUVEL. — « *Arc. des maladies de l'appareil digestif* », 1913, p. 375 de l'hérédité de l'ulcus.
- DELAGENIÈRE. — 29^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1920.
- DELBET. — « *Rev. de la Soc. de Chirurgie* », 1907 et 1908.
- DELORT. — *Symptômes de l'ulcus de la Petite Courbure.* Thèse Paris, 1918.
- DIEULAFOY. — *Transformation de l'ulcère simple en cancer.* « *P. M.* », 11 novembre 1897, et « *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* », t. I, 13^e leçon.
— *Path. int.* Masson, 1908, t. II.
- P. DUVAL. — « *Société de Chirurgie* », 15 juillet 1919, 9 décembre 1929. « *Congrès de Chirurgie* », 1920, Paris.
- ENRIQUEZ et DURAND. — *Les sténoses pyloriques frustrées à formes gastralgiques.* « *Gazette médicale des Hôpitaux* », mai 1913, n^o 18.
— *Déformation biloculaire de l'estomac secondaire à l'aérophagie et à la pneumocolie.* « *Monde Médical* », février 1913.
- ERTAUD. — *Contribution à l'étude de la hernie épigastrique. Sa coexistence possible avec l'ulcère et le cancer de l'estomac. Indications qui en découlent.* Thèse Paris, 1912.
- FRIEDENWALD. — *The amérie.* « *J. of. Méd. Sc.* », août 1922. *Etude de mille cas d'ulcère de l'estomac et du duodénum.*
- GALLAS. — *De l'ulcère du duodénum chez les enfants, chez le nouveau né et le nourrisson.* Thèse Paris, 1913.
- GAUGITANO. — *Ulcère gastrique perforant* (1908, n^o 71).
- R. GLÉNARD. — *Trois ans de la Société de radiologie de Paris*, A. M. du T. D., 1912, p. 149.
- GOSSET. — *Art. ulcère (Traité de chirurg. de).* « *Pratique Médico chirurg.* », édit. 1912.
— « *Revue de Chirurgie* », 1906.
- GUINARD. — *Affect. chirurg. de l'abdomen. Tr. de chirurgie*, Le Dentu-Delbet, t. XXIV.

- GRUBER. — *Statistique des affections peptiques de l'estomac, de l'œsophage ou du duodénum*. Münchener, Medizin., Wochenschrift, 1911, nos 31 et 32.
- HALL DE DENVER (Colorado). — « Améric. J. E., médical Soc. », mai 1909, p. 630. *Le diagnostic de l'ulcus vérifié par l'opération*.
- HARTMANN. — Art. Estomac in *Traité de Chirurgie Duplay-Reclus*, 2^e édit.
 — *Résultats et indications du traitement chirurgical dans les affections non néoplasiques de l'estomac*. « 18^e Congrès de Chirurgie », 1902, *Travaux de Chir. anatomo clinique*. Paris, 1903.
 — *Société Chirurgie*. Séance du 9 juillet 1919.
- HARTMAN et LECÈNE. — *Soc. anatomique*, 1903.
 — *Annales internationales de chirurgie gastro intestinale*, juin 1914.
- HANVEK. — *Diagnostic radioscopique des ulcérations de l'estomac*. Münchener, Medizinisch, Wochenschrift, 26 juillet 1910, p. 1590.
- HAYEM. — « Bull. de l'Acad. de Médecine », t. 39, 1898.
 — « Presse médicale », 1901.
 — *Traité chirurg. de l'ulc. non compliqué de l'estomac*. « Arch. gén. de méd. », Paris, 1903, p. 467.
 — *L'ulcero cancer prépylorique*. « P. M. », nos 88 et 98, 2 novembre et 7 décembre 1907.
- HEYROVSKY. — *Cardiospasmе et ulcus gastrique*. « Wiener Kl. Woch. », 1912.
- HOCHENEGG. — *G. E. oder Resection bei Ulcus Ventriculi*. « Wien. Klin. Woch. », t. 23, nos 52-54.
- A. HUBER. — *Deber die hereditat beim ulcus ventriculi*. « Münchener Woch. », 1907, 22 janvier.
- JAGOT et DÉNÉCHAU. — *De l'ulcère de l'estomac tardif et de l'ulcère des gens âgés*. « Archives méd. d'Angers », 29 septembre 1908.
- JEDLICKA. — *Zur operat. Behandl. d. Magengeschwürs*. Prag., 1904.
- JESSET. — *The lancet*, 1901.
- KAISER. — *Beitrag. z. d. Operationen am Magen*. Stuttgart, 1878.
- KARTER. — *Contribution clinique et statistique à l'étude de l'ulcère de l'estomac à Munich*. « Münchn. méd. Woch. », 7 décembre 1909.
- KELLING. — *Verhandl. des 25 en Chirurgen Congress*, 1900.
 — *Des ulcères calleux de l'estomac*. « Muncher medizinisch Woch. » (VII^e), n^o 38.
- KINDL. — *Pruns' Beitrage*, t. 63, 1909, p. 19.
- KREUZER. — *Breitrage z. Klin. Chir.*, t. 49, p. 380.
- KROGINS. — *Arch. f. Klin. Chir.*, t. 75, 1905.
- KRÖNLEIN. — *Arch. f. Klin. Chir.*, t. 79, 1906.
 — *Verh. d. d. Gesellschaft f. Chir.*, 1906.
- KÜMMEL. — XXXV^e (1906) et XL^e (1912), *Congrès de Chirurgie*, Berlin.
- KÜSSMAUL. — *Deutsches. Archiv. f. Klin. Méd.*, t. 6, p. 485.
- KUTTNER. — *Diagnostic et traitement de l'ulcère calleux de la grosse tubérosité*. « Arch. für Klinische chirurg. », 1910. Bd 93, Heft. 2, p. 410-414.
- KUTNER. — *Berlin, Klin. Woch.*, 9 novembre 1908.

- LAMBOTTE. — *La Clinique* (de Bruxelles), 14 juin et 28 juin 1904.
- LASNIER. — Thèse Paris, 1908.
- LEGROS. — *Radio-diagnostic de l'estomac biloculaire* A. M. N., 1912, p. 79.
- LERICHE (Désiré). — *Contribution à l'étude de l'ulcère hémorragique et son traitement*. Paris, 1907.
- LERICHE (René). — *Sur le traitement chirurgical de l'ulcère calleux pénétrant de l'estomac*. « *Rev. de gyn. et de chir. abd.* », Paris, 1906, X, p. 247.
- LEGUEU. — *Chirurgie de l'ulcère de l'estomac*. In *Leçon des Cliniques chirurgicales*. Paris, Alcan, 1902.
- LEUBE. — XXVI^e Congrès de chirurgie allemande.
- LÉPER et MOUGEOT. — « *Progrès Médical* », 26 avril 1913. *Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic des névroses gastriques*.
- LÉPER et SCHULMANN. — *Les lésions du pneumogastrique et le syndrome de l'ulcère de la petite courbure*. « *Bull. de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* », n° 19, 5 juin 1913, p. 1119.
- LUBETZKI. — *De la résection de l'estomac dans l'ulcère et ses suites*. Thèse Paris, 1912.
- MANSSELL-MOULIN (C.-W.). — *Operation for chronic gastric ulcer of the stomach*.
— *The lancet*, 27 décembre 1902.
— *The surgical treatment of chronic gastric ulcer*.
- MARION. — *De l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac*. Thèse Paris, 1897.
- MARTELLE. — *Douleur tardive par spasme médiogastrique dans un ulcère pénétrant de l'estomac*. « *Arch. des maladies de l'appareil digestif* », 1912, p. 584.
- MATHIEU. — *Etude sur trois cas de cancer succédant à l'ulcère simple de l'estomac*. « *Semaine Médicale* », 30 juillet 1897.
— *Traité de Médecine*. Charcot, Bouchard, t. IV, p. 281.
- MATHIEU (Albert). — *Pathologie gastro-intestinale*, 2^e série, 1911, p. 64 et suivantes.
- MATHIEU (Albert) et J.-Ch. ROUX. — *Pathologie gastro-intestinale*, 5^e série, 1920.
- MAYO. — *Ulcère de l'estomac et du duodénum étudié à la faveur des opérations*. « *Annales of Surgery* », t. II, p. 810.
- MONPROFIT. — *La gastrectomie*. Paris, 1908.
- MONPROFIT et THOUVENIN. — *Symptômes de l'ulcère de la petite courbure*. « *Revue de Médecine* », 1920, n° 11.
- MOYNIHAN. — « *Brit. Med. J.*, », 1904, 20, II.
— *Surgical treatment of ulcer of the stomach and its complications*. « *Brit. Med. Journ.* », 8 avril 1905, p. 753.
— « *Brit. Med. Journ.* », 3, IV, 1909.
- NÖTZEL. — *Beiträge z. Klin. Chir.*, 1906, t. 51.
- ETTINGER. — *De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère simple de l'estomac*. « *Semaine Médicale* », 1^{er} juillet 1903.
- PARMENTIER. — *Société médicale des Hôpitaux*, 18 décembre 1908.

- PAYR. — *Archiv. f. Klin. Chir.*, t. 93, p. 481.
 — *Zur operativen Behandl. des runden Magengeschwürs.* « *Wien Klin. Woch.* », 1910, t. 23, n° 9, p. 310.
 — *Die chirurg. Behand des runden Magengeschwürs und deren Indikationem.* « *Deutsche Klinik* », 1909.
 — *Über Pathogenese, Indikationstellung und Therapie des runden Magengeschwürs.* « *Deutsch. med. Woch.* », 1909, n°s 36-37.
 — *Beiträge zur Pathogenese, pathologischen anatomie und radicalen Therapie des runden Magengeschwürs.* « *Deutsch. Gesellschaft f. Chir.* », t. 39, 1910, p. 640.
- PATRAULT. — *Contribution à l'étude de l'ulcère de Cruveilhier; son évolution chez les gens âgés.* Thèse de Paris, 1907, p. 429.
- PAUCHET. — *Traitement chirurgical des affections de l'estomac.* Paris, 1919.
- PERNET. — *Etude anatomo-pathologique de l'ulcéro-cancer de l'estomac.* Thèse 1919.
- REICHMANN. — *Ein Fall von Krankhaft gesteigerter Absonderung des magesalfer.* « *Berliner Klinische Wochenschrift* », 1882, p. 606.
- RIEDEL. — *Ulcus der Kleinen curvatur, der vorderen und der hinteren Magenwand.* « *Arch. f. Klin. Chir.* », t. 74, 1904.
 — *Die Entfernung des mittleren Abschnittes vom Magen Wegen Geschwür.* « *Deut. mediz. Woch.* », 1909 (1 et 2).
- RIVIÈRE. — *De la valeur comparée de la gastro-entérostomie et de la résection dans l'ulcère non compliqué de l'estomac.* Thèse de Lyon, 1906.
- ROGER. — *Alimentation et digestion.* Masson, éd.
- ROKIFAUSKI. — *Oesterreichisch Jahrbuch*, 1839.
- ROBSON (Mayo). — *The surgery of the stomach.* « *The lancet* », I, 1900, 10 mars.
 — *The surgical treatement of the chronic ulcer of the stomach.* « *The lancet* », 1901, I, 25 mai.
 — « *Brit. Méd. Journal* », 1911, VII, 1005.
- RODMANN (W.). — « *Philadelphia Med. Journ.* », 9 juin 1900.
 — *Excision of the ulcer bearing area in gastric ulcer.* « *Journ. Amer. Med. Assoc.* », 1904, n° 43.
 — *Fréquence de la transformation en cancer de l'ulcère.* « *Annals of Surgery*, 1908, p. 923.
- ROPKI. — *Image radioscopique de l'estomac insufflé au cours de l'ulcus chronique.* « *Metteil ausdemgrenzged dei medizinisch und Chirurgie* », Bd XXVI, Heft. 2, p. 307, 1913.
- RYDYCIER. — « *Deutsche Ztschft. f. Chir.* », t. 58, 1901, p. 214.
 — « *Berl. Klin. Woch.* », n° 37, 1906.
- SAUCHET-MOSQUERA. — « *Espana medical* », 1912, Madrid.
- SARRE. — *Ulcère calleux ventriculaire total extirpation, remarque sur la pri- vation totale et durable de l'estomac ainsi que sur la technique de la résection stomacale.* « *Munchner médizin. Woch.* ».
- SAVARIAUD. — *De l'ulcère hémorragique et de son traitement chirurgical.* Thèse Paris, 1908.

- SAVEROT (Paul). — *Le cancer de l'estomac à évolution lente. L'ulcus rodens gastrique*. Thèse Lyon, 1906.
- SEIDL. — *Valeur diagnostique des points dorsaux douloureux dans l'ulcère rond de l'estomac*. « *Arch. Fürverdaungskrankheiten* », 1911, p. 723.
- SERRAND (J.). — *Contribution à l'étude des images lacunaires et diverticulaires de l'estomac*. Thèse Paris, 1919.
- SHERREN. — *Clinical Society of London. The lancet*, mai 1907.
- SCHWARZ. — *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1900, t. 5.
- SMITHIES. — *The Journ. of. medec. soc.*, mars 1913.
- SRAER (J.). — *Contributions à l'étude de la gastro-entérostomie dans les ulcères sténosants chroniques*.
- SOUPAULT. — *Traité des maladies de l'estomac*. Baillière, 1906, p. 375.
- TERRIER et HARTMANN. — *Chirurgie de l'estomac*. Paris, 1898.
- TISSERAND. — *Les gastrectomies partielles non orificielles*. Thèse Lyon, 1905.
- THOMPSON (Alexis). — *Diagnostic et traitement de l'ulcère chronique de l'estomac et du duodénum*. « *Budish méd. journal* », 13 mars 1909.
- THOUVENIN. — *Perforation d'ulcus de la petite courbure*. « *Archives médicales d'Angers* », mars 1924.
- TUFFIER. — « *Gazette des hôpitaux* », 1905, n° 55.
— *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac*, 1913.
- VEYRASSAT. — « *Revue de Chirurgie* », 1908, p. 264.
- WARNECKE (Fr.). — *Dissertation*. « *Göttingen* », 1903.

